Наталья Васильевна Репина, Дмитрий Владимирович Воронцов, Ирина Ивановна Юматова.

Основы клинической психологии.

Оглавление

(2003 г.)

Учебник составлен в соответствии с Государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования для специальности 031000 «Педагогика и психология». В нем рассмотрены теоретические основы клинической психологии, мозговые механизмы высших психических функций, а также дан патопсихологический анализ нарушений познавательной и эмоционально-личностной сферы человека.

Учебник будет полезен для студентов-психологов, школьных учителей, студентов педагогических вузов, врачей.

Часть I. Теоретические основы клинической психологии.

Раздел 1. Введение в клиническую психологию.

1.1. Предмет клинической психологии.

Греческое слово *kline* (нечто, имеющее отношение к постели), от которого происходит прилагательное *«клиническая»*, в современном языке связано с обозначением таких сфер, как уход за больным, особенности развития какой-либо болезни или расстройства, а также лечение этих расстройств. Соответственно, **клиническая психология** — это отрасль психологии, **предметом** изучения которой являются:

а) *расстройства (нарушения) психики и поведения*;

б) *личностные и поведенческие особенности людей, страдающих различными заболеваниями*;

в) *воздействие психологических факторов на возникновение, развитие и лечение болезней*;

г) *особенности взаимоотношений больных людей и социальной микросреды, в которой они находятся*.

В более широком смысле клиническая психология может пониматься как приложение всего объема психологических знаний к решению самых различных вопросов и проблем, возникающих в медицинской практике.

В более узком значении клиническая психология представляет собой особую методологию психологического исследования, которая основана на методе наблюдения относительно небольшого числа пациентов в естественных условиях и последующем субъективном анализе-интерпретации индивидуальных проявлений их психики и личности. В этом смысле клинико-психологическая методология принципиально противостоит естественнонаучному экспериментальному подходу, опирающемуся на критерии «объективного» (статистически достоверного) психологического знания.

Клиническая психология относится к междисциплинарной области научного знания и практической деятельности, в которой пересекаются интересы медиков и психологов. Если исходить из **проблем**, которые разрешает эта дисциплина (взаимовлияние психического и соматического в возникновении, течении и лечении болезней), и **практических задач**, которые перед ней ставятся (диагностика психических нарушений, различение индивидуальных психологических особенностей и психических расстройств, анализ условий и факторов возникновения расстройств и болезней, психопрофилактика, психотерапия, психосоциальная реабилитация больных, охрана и поддержание здоровья), то она является отраслью медицинской науки. Однако если исходить из теоретических предпосылок и методов исследования — это наука психологическая.

1.1.1. История возникновения клинической психологии.

Взаимопроникновение медицины и психологии основывается на соотношении в жизни человека биологических и социальных факторов, на связи телесных функций с психическими. Уже у Гиппократа (460-377 гг. до н. э.) мы можем встретить указание на роль адаптационных возможностей организма и на важность межличностных отношений, складывающихся между врачом и больным. Именно этому врачу-философу античности принадлежит известное высказывание о том, что медику гораздо важнее знать, какой человек страдает болезнью, чем знать, какая болезнь имеется у человека. Но от понимания необходимости глубокого изучения психологических аспектов клинических феноменов до возникновения особой отрасли науки — клинической психологии — прошло немало времени.

Сам термин «клиническая психология» появился в 1896 году, когда американский психолог Лайтнер Уитмер (*Ligthner Witmer*), обучавшийся в Институте экспериментальной психологии В. Вундта, по возвращении из Лейпцига основал первую в мире психологическую клинику при университете штата Пенсильвания в США. Фактически эта клиника являлась психолого-педагогическим центром, в котором обследовались и проходили курс коррекции дети с плохой успеваемостью и другими проблемами в обучении. Примечательно то, что термин «клиническая» по отношению к деятельности своего психолого-педагогического центра был использован Л.

Уитмером в узком смысле: он подразумевал под ним особый метод индивидуальной работы с проблемными детьми, в котором главенствующую роль играла диагностика их интеллектуальных способностей посредством специальных тестов. Уникальной особенностью клинико-психологического метода Л. Уитмер считал возможность его применения по отношению к любым людям — взрослым или детям, — которые отклоняются в какую-либо сторону от средних показателей психического развития, т. е. не вписываются в стандартные рамки образовательных и воспитательных программ.

«Для методов клинической психологии неизбежно обращение к статусу ***индивидуального разума****, определенного с помощью наблюдений и экспериментов, а педагогическое обращение занимается эффектом изменения, т. е. развитием этого индивидуального разума».*[1]

Таким образом, клиническая психология по Л. Уитмеру представляла собой особую форму психодиагностики, психологического консультирования и психокоррекции, ориентированную на индивидуальные, нестандартные проявления психики ребенка и связанные с ними отклонения в поведении. В этом виде она и начала интенсивно развиваться в США, постепенно распространяясь из сферы школьного образования в область правосудия (психологические клиники стали появляться при судах, рассматривавших дела с участием несовершеннолетних) и здравоохранения (работа с умственно отсталыми детьми). С точки зрения Л. Уитмера, коррекция нарушений в поведении детей, имеющих отклонения от среднестатистических показателей психического развития, должна была заключаться в создании для них адекватной социальной среды обитания в школе и дома.

Клиническая психология, созданная Л. Уитмером, по сути стала обширной прикладной отраслью психологии, основной задачей которой было тестирование различных групп населения для решения каких-нибудь частных задач: педагогических, медицинских, военных, производственных и т. д. После второй мировой войны (1939-1945) это направление стало называться «консультативной (прикладной) психологией», а клиническими психологами в США стали считать только тех, кто работал в области охраны психического здоровья. При этом новые клинические психологи сразу были поставлены перед требованием четкого разделения своих функций с психиатрами, поскольку теперь их сферы научных и прикладных интересов стали совпадать. Клинические психологи США, в отличие от врачей-психиатров, решили определить себя в качестве ученых-практиков, выполняющих на материале клинических случаев свои научные общепсихологические работы.

На европейском континенте, в том числе — в России, термин «Клиническая психология» не имел хождения вплоть до середины XX века. Впервые это словосочетание появилось в Европе в 1946 г. в названии книги немецкого психолога В. Гельпаха (W. Hellpach), в которой он рассматривал изменения психики и поведения у больных соматическими заболеваниями. Соответственно, под клинической психологией В. Гельпах понимал только психологию соматических больных. Этот термин логично дополнял уже существовавшие в европейской науке понятия «медицинская психология», «патологическая психология» («патопсихология») и «психопатология», поскольку каждое из них отражало психологические аспекты того или иного вида клинической практики.

Так, под *психопатологией* понималась вспомогательная психиатрическая дисциплина, задачей которой было экспериментальное изучение нарушений психических процессов у душевнобольных. Под влиянием работ немецкого психиатра-теоретика К. Ясперса в начале XX в. психопатология развилась в самостоятельную научную дисциплину, изучающую сложные психологические взаимоотношения в личности душевнобольных, которые этот ученый рассматривал в качестве «внутренней причины» психических болезней. Эта внутренняя причина, вступая во взаимодействие с «истинной внешней причинностью» (биологическими факторами), определяла, с точки зрения К. Ясперса, уникальность картины психического расстройства у конкретного душевнобольного, изучение которой позволяло психиатру поставить точный диагноз и назначить адекватное лечение /51/.

Наряду с психопатологией в рамках общей психологии в начале XX в. возникает специфическая прикладная область знания — *патологическая психология*. В ее задачу входило изучение «ненормальных» проявлений психической сферы с целью лучшего познания психологии «нормальных» людей /51/. Расстройства психики, наблюдаемые у душевнобольных пациентов, рассматривались в патопсихологии как природный эксперимент, позволяющий более ясно понять значение и место соответствующих феноменов психической жизни вообще, увидеть новые проблемные области психологического знания и проверить истинность тех или иных психологических теорий /50/.

---

[1] История современной психологии / Т. Лихи. — 3-е изд. — СПб.: Питер, 2003. С. 374.

Применение врачами психологических концепций для решения разных лечебных и исследовательских задач, возникающих в клинике, нашло отражение в понятии *«медицинская психология»*. В одноименных работах европейских психиатров Э. Кречмера и П. Жане термин «медицинская» по отношению к психологии использовался в основном значении латинского прилагательного *medicalis* — исцеляющая, приносящая здоровье, имеющая целительную силу. В этом смысле под медицинской психологией понималась или психотерапевтическая практика /63/, или биологическая интерпретация психологических концепций личности, целью которой была адаптация психологических теорий к органической парадигме, в которой работали врачи-психиатры, что, по мнению Э. Кречмера, должно было расширить кругозор врача и повысить эффективность проводимых лечебно-диагностических мероприятий /24/.

Из всех имевшихся в начале XX в. понятий «медицинская психология» было самым широким по смыслу и значению, способным охватить разнообразные сферы медицинской деятельности с точки зрения использования психологии в лечебных целях. В целом медицинская психология понималась как «психология для медиков». Она была призвана «дополнить» два других базовых предмета в процессе подготовки врача: патологическую анатомию и патологическую физиологию, чтобы «уравновесить» преимущественно биологическую ориентацию медицинского образования своеобразным «психологическим ликбезом» и учетом психологических факторов болезней /17/.

Разнообразие терминов указывает на то, что фактически клиническая психология не была самостоятельной научной дисциплиной и зачастую даже не рассматривалась как одна из прикладных отраслей психологии: приставка «медицинская» прежде всего ориентировала на восприятие ее как разновидности медицинского, а не собственно психологического знания. И для такого понимания клинической психологии имелись веские исторические аргументы. Первые клинико-психологические исследования возникли именно в медицине — в рамках психиатрии и невропатологии. Интерес и использование психологических знаний всегда характеризовали выдающихся представителей медицинской науки, многие из которых, как, например, З. Фрейд, К. Ясперс, В. Н. Бехтерев, В. Н. Мясищев, даже стали основателями отдельных направлений в психологической мысли и больше известны как психологи, а не как врачи.

Только в 70-е годы XX в. клиническая психология приобретает черты самостоятельной психологической дисциплины прикладного характера, понимаемой шире, чем просто психология в клинике или психология для медиков /21/. Ее возникновение в этом качестве стало результатом противоречивого развития двух параллельных течений в медицине и психологии, истоки которых уходят в XIX в.

До конца XIX в. медицина и психология находились в тесном взаимодействии, поскольку их объединял не только один объект изучения и практического приложения добываемых знаний — человек, но и общая теоретическая база: спекулятивно-философские представления о человеке и причинах нарушений в функционировании его духа и тела.

Однако в конце XIX в. связь медицины и психологии была сильно подорвана развитием биологии и смещением акцентов на материальные — анатомические, микробиологические и биохимические — основы возникновения и развития болезней /69/. В это время в медицинской науке возникает так называемая «органическая парадигма», основанная на идеях Луи Пастера об инфекционной природе болезней и впоследствии дополненная теорией клеточной патологии Вирхова. Органическая парадигма характеризуется абсолютизацией идеи строгой закономерности течения болезни под влиянием объективных, материально обусловленных механизмов (возбудитель или нарушение клеточных функций) и трактовкой любой болезни независимо от личностных и средовых влияний. В этой парадигме психология могла быть полезной только при рассмотрении нарушений психической деятельности в качестве некоторого подручного, несамостоятельного инструмента клинико-диагностической деятельности врача. В таком виде — как частная сфера психиатрической практики — клиническая психология и зародилась в конце XIX в.

Пионерами привлечения психологии к решению клинических вопросов и превращению ее из философской в естественнонаучную сферу знания стали французские психиатры и невропатологи: Т. Рибо, И. Тэн, Ж.-М. Шарко и его ученики А. Бине, П. Жане и др. Клиническая психология (ее называли тогда «опытной психологией») рассматривалась ими как особое направление эмпирических исследований врача-психиатра или невропатолога, направленное на анализ вызванных болезнью, гипнозом или наркотиками изменений в психической деятельности /42/. Необходимость этих эмпирических исследований диктовалась органической парадигмой, в которой важную роль играло умение врача распознавать симптомы заболевания. В результате проведения психологических исследований врачи получали сведения о разнообразных проявлениях психической деятельности в условиях психиатрической клиники, которые можно было систематизировать и затем использовать в диагностических целях.

«Опытная психология» в клинике начала развиваться еще до открытия В. Вундтом в 1875 г. экспериментально-психологической лаборатории. Под опытом в клинике понимались естественные (психическая болезнь или паранормальные психические феномены — телепатия, ясновидение и пр.) или искусственные (гипноз или прием наркотиков) изменения нормального психического состояния. Болезнь считалась самым надежным методом исследования психики, недостаток которого — медленная скорость протекания — можно было компенсировать применением гипноза или психоактивных веществ. Еще одним методом «опытной психологии» стало исследование «исключительных случаев». Наиболее часто в этом качестве оказывались исключительные интеллектуальные способности людей-вундеркиндов.

Таким образом, изначально клиническая («опытная») психология развивалась как составная часть психиатрии и неврологии, необходимая для исследовательско-диагностической деятельности врача. В отличие от общей психологии, которая в то время была частью философии, клиническая психология развивалась, исходя из потребностей психиатрической клиники, как эмпирическое знание, основанное на опытных, а затем и экспериментальных данных, а не на теоретических рассуждениях.

Долгое время клиническая (как возникшая в клинике) и общая (как часть философии) психологии представляли собой конкурирующие дисциплины. Клиническая психология ориентировалась на объективные данные, получаемые в ходе применения сначала опытов, а затем формализованных экспериментальных техник — тестов. Философски же ориентированная общая психология скептически относилась к возможности исследования психики естественнонаучными способами, считая, что душу невозможно адекватно познать без изучения субъективных переживаний и самоотчетов. К слову сказать, основатель экспериментальной общей психологии В. Вундт считал естественный эксперимент не основным, а вспомогательным психологическим методом, способным раскрыть только простейшие психические процессы, но далеко не все феномены человеческой души /7/. Главной экспериментальной методикой изучения психики у В. Вундта была интроспекция — самонаблюдение и последующая интерпретация устных самоотчетов испытуемого экспериментатором, а не формализованное наблюдение протекания психических процессов у испытуемого со стороны экспериментатора. Поэтому экспериментальная психология В. Вундта скорее имеет герменевтический (герменевтика — способ толкования чего-либо), а не естественнонаучный характер. Однако увлечение философией позитивизма в конечном счете привело общую психологию к необходимости подтверждения философских концепций психики экспериментальными методами на манер естественнонаучных дисциплин (каковой к тому времени уже была психиатрия). Как результат, в научном поле образовались две различные экспериментальные психологии — клиническая (на базе медицинских факультетов) и общая (на базе философских факультетов). Если первая была ориентирована на обслуживание научных и практических интересов физиологии и психиатрии и имела материалистический уклон, то вторая преследовала цель эмпирического исследования предпосылок нематериальной по своей сути психической субстанции.

Основной разделительной линией двух психологий стало понимание психики либо как функции мозга, либо как особой духовной субстанции, деятельность которой только лишь отражается в мозговых процессах. Вторым различительным критерием стало понимание психологии как преимущественно диагностической или эмпирической дисциплины. Второй критерий различения появился на свет после того, как немецкий психиатр Э. Крепелин адаптировал нозологический принцип Л. Пастера, возникший в органической парадигме медицины, для нужд психиатрической клиники. Предложенная этим ученым нозологическая классификация душевных болезней по формуле «**этиология** (источник болезни) —> **клиника** (проявление болезни в наборе специфических для источника болезни признаков — симптомов) —> **течение** (динамика симптомов в ходе развития заболевания) —> **прогноз** (предвидение дальнейшего развития и исхода психического заболевания)» отводила психологии роль одного из средств получения формальных критериев нарушения психической деятельности и постановки диагноза. Источником психической болезни в биологически ориентированной психиатрии может быть только нарушение так называемого «материального субстрата» психического, поскольку психика рассматривается как функция мозга. Таким образом, от психологии ожидалось создание формальных «экспериментально-психологических схем», с помощью которых можно было бы опознать (диагностировать) клинические проявления определенной психической болезни. В этом смысле «опытная» психология и становилась клинической — инструментом постановки психиатрического диагноза, формализованным способом определения психических и поведенческих расстройств. В таком качестве она с успехом могла применяться не только в целях врачебно-диагностического, но и педагогического процесса /4/. Так клиническая психология, развившаяся в рамках психиатрии, окончательно оформилась во всего лишь «объективный экспериментальный метод» распознавания врачом или педагогом душевных болезней. Однако в среде самих психиатров возникли серьезные разногласия относительно методологической обоснованности самой

психологической диагностики психических болезней, вследствие чего роль экспериментально-психологических исследований в клинической практике была сведена к минимуму /42/.

К началу XX в. общая психология также стала развиваться в рамках естественнонаучной парадигмы, трактующей психику в качестве свойства высокоорганизованной материи. Смена методологических оснований привела к развитию самостоятельных, а не связанных только лишь с клиническими задачами экспериментальных исследований нарушений психики и поведения, в результате чего появилась теоретическая возможность выделения клинической психологии в качестве составной части психологической, а не психиатрической науки. Причем как отрасль психологической науки такая клиническая психология переставала быть всего лишь вспомогательным инструментом врача в психиатрической практике. В целях отграничения этой новой отрасли от узкоклинических экспериментально-психологических исследований, а также из идеологических соображений для ее обозначения в нашей стране долгое время использовался термин «патопсихология» /14/.

Трактовка термина «патопсихология» Б. В. Зейгарник несколько отличается от того, что понимается под термином «патологическая психология» (*abnormal psychology*) в зарубежной науке. В англоязычных странах патологической психологией называют изучение психологическими методами различных отклонений психической деятельности в клинических целях. По сути это понятие выступает синонимом современной клинической психологии, а отчасти используется для обозначения психологических теорий возникновения психических расстройств /21/. Как следует из англоязычного энциклопедического руководства по психологии под редакцией М. Айзенка, патологическая психология выступает методологической альтернативой биологически ориентированной психиатрии в отношении подходов к определению психических расстройств, видения роли и оценки взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов в их возникновении /35/.

Б. В. Зейгарник использовала термин «патопсихология» в значении, которое ему придавал немецкий психиатр Г. Мюнстерберг, предложивший рассматривать психические нарушения как ускорения или торможения нормальной психической деятельности /21/. По мнению Г. Мюнстерберга, патопсихология может исследовать нарушения психики теми же методами и постулировать те же закономерности, что и в общей психологии. Поэтому в трактовке Б. В. Зейгарник патопсихология представлена как раздел (общей) психологии, который занимается исследованием закономерностей распада психической деятельности и свойств личности, прежде всего для решения общетеоретических вопросов психологической науки. А это, в свою очередь, может принести практическую пользу не только психиатрии, но и другим отраслям знания (в том числе — педагогике), дополняя и развивая их внутренние представления о причинах развития отклонений и путях их коррекции /14/.

Такое специфическое понимание патопсихологии в отечественной науке советского периода породило противоречия во взглядах на цель, предмет, задачи и роль этой дисциплины. Ограниченность предмета патопсихологии только областью психических нарушений не позволяла этой дисциплине решать никакие другие прикладные задачи, кроме диагностических (в медицине или в педагогике). Определение ее как раздела теоретической психологии не позволяло включать в предмет и задачи патопсихологии многие клинические вопросы, такие, например, как использование психологических методов воздействия в лечебных и коррекционных целях, исследование психологических факторов в развитии болезней, роли и значения системы отношений, складывающейся между человеком с расстроенной психикой и окружением, и т. д. Тем самым высокий уровень развития отечественной патопсихологии наряду с идеологизацией науки в советский период долгое время не давал возможности развития в нашей стране клинической психологии в современном смысле этого слова.

За пределами России становлению клинической психологии в качестве самостоятельной психологической дисциплины также способствовали изменения в общей теории медицины, произошедшие в первой половине XX в. Пастеровско-вирховская органическая парадигма объективных патогенных факторов сменилась концепцией Г. Селье о роли адаптационно-защитных механизмов в возникновении болезней, под влиянием которой было обращено внимание именно на возможную этиологическую роль психологических факторов не только в психиатрии, но и в соматической медицине. В школе З. Фрейда были вскрыты психогенные причины различных психических расстройств. Исследованиями И. Павлова было обнаружено влияние типов нервной системы на характер протекания различных соматических процессов. Работы У. Кэннона открыли влияния сильных эмоций и стресса на физиологические процессы в желудочно-кишечном тракте и на вегетативные функции. В исследованиях этого психолога организм человека представлялся как динамическая система разнообразных внутренних и внешних факторов, опосредованных психической деятельностью мозга (например, У. Кэннон экспериментально показал, что ощущение голода вызывает сокращения желудка). При такой

трактовке человеческого организма медицина и психология опять становились взаимопроницаемыми и взаимозависимыми, что в конечном итоге и привело к необходимости возникновения междисциплинарной и отдельной (от психиатрии и общей психологии) сферы психологической науки, интегрировавшей все предшествующие линии развития клинической психологии и оторвавшейся от узкомедицинских сфер приложения этого знания.

1.1.2. Задачи и разделы современной клинической психологии.

Современная клиническая психология как дисциплина, изучающая психологическими методами различные нарушения психики и поведения, может применяться не только в медицине, но и в различных воспитательных, социальных и консультативных учреждениях, обслуживающих людей с аномалиями развития и психологическими проблемами. В педагогической практике клинико-психологические знания позволяют вовремя распознавать у ребенка нарушения психического развития или отклонения в поведении, что в свою очередь дает возможность избирательного и эффективного применения в отношениях с ним адекватных технологий воспитания, психолого-педагогической коррекции и создания оптимальных условий для развития его личности с учетом индивидуальных особенностей.

В качестве самостоятельной отрасли психологической науки применительно к педагогической практике современная клиническая психология имеет следующие **задачи**:

— *изучение влияния психологических и психосоциальных факторов на развитие поведенческих и личностных нарушений у ребенка, их профилактику и коррекцию*;

— *изучение влияния отклонений и нарушений в психическом и соматическом развитии на личность и поведение ребенка*;

— *изучение специфики и характера нарушений развития психики ребенка*;

— *изучение характера отношений аномального ребенка с ближайшим окружением*;

— *разработка принципов и методов клинико-психологического исследования в педагогических целях*;

— *создание и изучение психологических методов воздействия на психику ребенка в коррекционных и профилактических целях*.

Основными разделами клинической психологии являются: *патопсихология*, *нейропсихология* и *психосоматическая медицина*. Помимо этого в нее часто включают такие специальные разделы, как психотерапия, реабилитология, психогигиена и психопрофилактика, психология девиантного поведения, психология пограничных психических расстройств (неврозология). Количество специальных разделов постоянно множится в зависимости от потребностей общества. И сегодня можно встретить такие частные области клинической психологии, как психология посттравматического стресса, психология инвалидности, психовенерология, психоонкология, социальная психология здоровья и др.

Клиническая психология тесно связана с такими дисциплинами, как психиатрия, психопатология, неврология, психофармакология, физиология высшей нервной деятельности, психофизиология, валеология, общая психология, психодиагностика, специальная психология и педагогика. Сферой пересечения научного и практического интереса *клинической психологии и психиатрии* является диагностика. Вспомним, что исторически клиническая психология и зародилась в недрах психиатрии в качестве вспомогательного диагностического инструмента. Психиатр основной акцент делает на распознавании патологических органических процессов, обусловливающих расстройства психической деятельности, а также на фармакологическом воздействии на эти процессы и на профилактике их возникновения. Психиатрия мало уделяет внимания тому, как протекают психические процессы в норме, у здоровых людей. Процесс же диагностики психических расстройств, с одной стороны, предполагает разделение собственно расстройств, вызванных органическими нарушениями, и индивидуальных особенностей личности, а с другой — диагностика психических расстройств требует подтверждения наличия у человека собственно психологических нарушений, что делается с помощью патопсихологических и нейропсихологических экспериментов, а также посредством различных психологических тестов (проб). Совпадающим предметом психиатрии и клинической психологии являются психические расстройства. Однако клиническая психология, кроме того, занимается такими расстройствами, которые болезнями не являются (так называемые «пограничные психические расстройства»). Фактически же современная психиатрия и клиническая психология различаются не предметом, а точкой зрения на один и тот же предмет: психиатрия делает акцент на морфо-функциональной (соматической) стороне психического расстройства, тогда как клиническая психология акцентирует внимание на специфике психологической реальности, возникающей при психических расстройствах.

Связь *клинической психологии с психопатологией* прослеживается в особой области медицинской науки — психопатологии. И патопсихология, и психопатология имеют дело с одним и тем же объектом: нарушениями психической деятельности. Поэтому существует мнение, что эти дисциплины совпадают одна с другой и различаются только углом зрения, под которым они рассматривают больных людей. Но вот каков этот угол зрения? Б. В. Зейгарник утверждала, что патопсихология (в отличие от психопатологии) занимается изучением закономерностей распада психической деятельности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме /14/, тогда как психопатология якобы изучает только нарушенные психические функции. Однако Б. Д. Карвасарский вполне справедливо замечает, что невозможно представить себе изучение психических расстройств без какого-либо обращения к норме и учета ее /20/. Этот ученый усматривает различие между патопсихологией как разделом клинической психологии и психопатологией как сугубо медицинской дисциплиной только в том, какими категориями пользуется та или иная дисциплина для описания психических нарушений. Патопсихология описывает преимущественно психологическую сторону психических нарушений, т. е. изменения сознания, личности и основных психических процессов — восприятия, памяти и мышления, тогда как психопатология описывает психические нарушения медицинскими категориями (этиология, патогенез, симптом, синдром, симптомокинез (динамика возникновения, развития, существования, соотношения и исчезновения элементов синдрома), синдромотаксис (взаимосвязь различных синдромов)) и критериями (возникновение, прогноз и исход патологического процесса).

Связь *клинической психологии и неврологии* проявляется в концепции психоневрального параллелизма: каждому событию в психической сфере обязательно соответствует отдельное событие на уровне нервной системы (не только центральной, но и периферической). Существует даже отдельная междисциплинарная область медицины — психоневрология.

Связь *клинической психологии и психофармакологии* заключается в изучении последней психологических эффектов лекарственных средств. Сюда же можно отнести и проблему плацебо-эффекта при разработке новых лекарственных соединений.

Связь *клинической психологии с физиологией высшей нервной деятельности и психофизиологией* проявляется в поиске корреляций между патопсихологическими процессами и их физиологическими коррелятами.

Связь *клинической психологии с валеопсихологией и психогигиеной* заключается в совместном определении факторов, противостоящих возникновению психических и соматических расстройств, и уточнении критериев психического здоровья.

Связь *клинической психологии со специальной психологией и педагогикой* проявляется в поиске путей коррекции проблемного поведения детей и подростков, вызванного нарушениями психического функционирования или аномалиями личностного развития.

1.2. Работа клинических психологов в воспитательных и образовательных учреждениях.

Основные аспекты деятельности клинического психолога в воспитательных и образовательных учреждениях — **диагностический, коррекционный и профилактический**. *Диагностический* аспект деятельности заключается в уточнении роли психологических и психосоциальных факторов в возникновении проблемного поведения ребенка в самых разнообразных сферах: в обучении, в межличностных отношениях и т. д. Клинико-психологическое обследование помогает определить актуальные причины проблем, скрытые признаки нарушения развития, определить структуру этих нарушений и их взаимосвязь. Клинико-психологическое обследование по содержанию шире, чем патопсихологическое, поскольку сюда включается не только экспериментальная диагностика (тестирование) психических функций, но и самостоятельное обследование структуры и специфики системы отношений личности проблемного ребенка опросными методами (самоотчеты, клиническое интервью, экспертные оценки и т. п.), а также анализ поведения проблемного ребенка в естественных условиях и его интерпретация, основывающаяся на понимании внутренних мотивов и побуждений, а не только нормативных требований. Знание основ клинической психологии также позволяет педагогу и школьному психологу в первом приближении дифференцировать отклонения в развитии и поведении ребенка, возникшие под влиянием социальной ситуации развития, от внешних проявлений болезненных нарушений психической деятельности и выбрать адекватную стратегию взаимодействия и помощи проблемному ребенку.

Диагностический аспект наиболее востребован в экспертной деятельности клинического психолога в составе психолого-медико-педагогических консультативных центров (ПМПК), в судах,

рассматривающих дела с участием несовершеннолетних правонарушителей, в призывных комиссиях военкоматов.

Психотерапия и психокоррекция как разновидности клинико-психологической интервенции в случаях проблемного поведения основываются на применении одних и тех же методов и техник, поэтому их различение является условным. Оно связано с конкурентным разделением сфер влияния психиатрии и психологии, с различным пониманием механизмов и ведущих причин возникновения психических и поведенческих расстройств в этих науках, а также с различными целями применения психологических методик воздействия на личность. И психотерапия, и психокоррекция представляют собой целенаправленное психологическое воздействие на отдельные психические функции или компоненты личностной структуры в процессе взаимодействия как минимум двух человек: врача и больного, психолога и клиента.

Этимологически термин *«терапия»* связан с облегчением состояния страдающего человека или избавлением его от того, что приносит ему страдание. Исторически употребление этого слова закрепилось за медициной. Основным значением термина *«коррекция»* является исправление, устранение или нейтрализация того, что представляется нежелательным или вредным для человека. Нежелательный компонент далеко не всегда может приносить его обладателю страдание: нежелательность может быть связана с несоответствием личности, обладающей некоторым психологическим качеством или свойством, «идеальной модели» человека. И в этом смысле коррекция оказывается тесно связанной с понятием *«воспитание»*. Психокоррекция выступает частью воспитательного процесса, поскольку психолог воздействует на выходящие за пределы установленной нормы показатели психического (память, внимание, мышление, эмоции, воля) и личностного (мотивы, установки, ценностные ориентации) развития ребенка, приводя его к «оптимальному уровню» функционирования в обществе.

Если обратить внимание на историю развития психотерапии как психиатрической практики, то мы обнаружим, что психотерапия берет свое начало с введенного в конце 1790-х гг. в ряде психиатрических лечебниц метода **нравственной терапии** /16/. Под нравственной терапией понимался набор особых способов обращения и взаимодействия с душевнобольными, изменяющий их систему отношений к себе и миру и блокирующий «вредные» влияния среды. Нравственная терапия стала основным стандартом лечения после работ французского психиатра Ф. Пинеля (1745-1826), создавшего знаменитую систему лечебного воспитания и перевоспитания душевнобольных.

В Англии идеи Ф. Пинеля были развиты психиатром С. Тьюком, который и ввел для обозначения нравственного лечения новый термин — **психотерапия** /36/. Психотерапия, организованная С. Тьюком, включала в себя *труд* больных, *родительскую заботу* о них со стороны персонала и *религиозно-нравственное воспитание*. Все это должно было вернуть «безумцев» к нормам жизни в обществе.

Таким образом, психотерапия и психокоррекция различаются только целями и объектом психологического воздействия. Поэтому коррекционный аспект деятельности клинического психолога в такой же мере может быть (по сути) и психотерапевтическим, если понимать под ним не только исправление или компенсацию психических недостатков, но и содействие полноценному развитию и функционированию личности ребенка, имеющего психические нарушения или проблемное поведение.

Определение ведущих причин и знание психологических механизмов нарушений позволяют клиническому психологу осуществлять внутриличностную или межличностную, индивидуальную или групповую психокоррекцию или психотерапию в самых различных образовательных и воспитательных учреждениях. Наиболее востребован этот аспект деятельности в специализированных школах (классах компенсирующего обучения) для проблемных детей, а также в детских исправительных учреждениях системы Министерства юстиции и комнатах (отделах) профилактики правонарушений среди подростков системы Министерства внутренних дел. Однако и в рамках обычных консультационных психологических служб системы образования может иметь место психотерапевтическая и психокоррекционная деятельность, направленная на оказание клинико-психологической помощи детям, ставших жертвами различных психотравмирующих обстоятельств: пренебрежение; эксплуатация или злоупотребление; пытки или любые другие жестокие, бесчеловечные или унижающие достоинство виды обращения; наказания; вооруженные конфликты, природные и техногенные катастрофы.

Необходимо отметить, что, хотя принципиальная возможность участия клинического психолога с университетским образованием в психотерапевтических и реабилитационных мероприятиях с больными детьми не может быть оспорена на теоретическом уровне, на практическом уровне проникновение психологов с немедицинским образованием в клиническую область часто воспринимается негативно психиатрическим сообществом. Это связано прежде всего с различным концептуальным подходом к проблеме здоровья и болезни, а также с неоднозначной трактовкой

психики в психологии и психиатрии. На сегодняшний день психотерапевтическая деятельность клинического психолога все еще остается предметом дискуссий.

Профилактический аспект применения клинико-психологических знаний в образовательных и воспитательных учреждениях связан с предотвращением возникновения у здоровых детей и подростков нарушений в психической деятельности личности и поведении, а также с предупреждением развития обострений и психосоциальной дезадаптации у аномальных детей, имеющих личностные и поведенческие особенности, и у компенсированных детей, перенесших острые психические расстройства. Профилактической следует признать и деятельность, направленную на формирование в образовательных и воспитательных учреждениях толерантной среды по отношению к детям и подросткам, имеющим те или иные особенности личности, психологического статуса или развития.

Психопрофилактика разделяется на первичную, вторичную и третичную.

Первичная психопрофилактика заключается в информированности руководителей и сотрудников учреждений, педагогов, родителей и самих детей и подростков о причинах возникновения психических расстройств, дезадаптивных состояний, нарушений поведения. Психопрофилактическая работа с руководителями, сотрудниками и педагогами позволяет организовать в учреждении социальное пространство, препятствующее формированию психологических нарушений под воздействием психосоциальных факторов. Просвещение также способствует своевременному обращению к специалистам в ситуациях, создающих повышенный риск формирования нарушений.

Вторичная психопрофилактика направлена на работу с детьми, уже имеющими психические расстройства и нарушения поведения, с целью предотвращения или компенсации негативных последствий и отягощения имеющихся расстройств.

Третичная психопрофилактика включает реабилитацию и интеграцию проблемных детей (имеющих психические расстройства или нарушения поведения) в широкий социальный контекст, предотвращает их изоляцию, агрессию и сопротивление, основанные на ощущении своей «инакости».

1.2.1. Правовые и организационные аспекты клинико-психологической работы в воспитательных и образовательных учреждениях.

Клинико-психологическая работа в воспитательных и образовательных учреждениях регулируется ратифицированными Международными актами, федеральными законами, а также подзаконными регламентирующими документами — положениями и приказами министерств, которым принадлежат эти учреждения.

В соответствии с международной **Конвенцией о правах ребенка** (ратифицирована Постановлением Верховного Совета СССР от 13 июня 1990 № 1559-1) неполноценные в умственном или физическом развитии дети должны вести полноценную и достойную жизнь в условиях, которые обеспечивают их достоинство, способствуют уверенности в себе и облегчают их активное участие в жизни общества. Таким детям при наличии ресурсов и при наличии просьбы (их самих или ответственных за них лиц) должна быть предоставлена помощь, соответствующая их состоянию и положению родителей или других лиц, обеспечивающих заботу.

В соответствии с Федеральным законом от 24 июля 1998 № 124-ФЗ **«Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»** ребенком считается лицо, не достигшее возраста 18 лет.

Приказом Министерства образования Российской Федерации от 22 октября 1999 № 636 **«Об утверждении положения о службе практической психологии в системе Министерства образования Российской Федерации»** предусмотрено выполнение педагогами-психологами следующих видов деятельности, относящихся к профилю клинической психологии как частной отрасли психологической науки:

— профилактическая и психокоррекционная работа;

— комплексная медико-психолого-педагогическая экспертиза;

— оказание специализированной помощи детям, имеющим проблемы в обучении, развитии и воспитании;

— профилактика психосоциальной дезадаптации;

— психологическая диагностика для выявления причин и механизмов нарушений в обучении, развитии и социальной адаптации.

В структуру службы практической психологии образования входят следующие учреждения, в которых может осуществляться клинико-психологическая деятельность:

— специальные образовательные учреждения для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи (ППМС-центры);

— психолого-педагогические и медико-педагогические комиссии (ПМПК).

Клинико-психологическая работа с детьми, имеющими отклонения в развитии, определена Постановлением Правительства Российской Федерации от 31 июля 1998 № 867 (с изменениями и дополнениями, утвержденными Постановлением Правительства России от 10 марта 2000 № 212) «Об утверждении Типового положения об образовательном учреждении для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи».

С 1959 г. психолого-педагогический персонал предусмотрен и для медицинских учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь детям и подросткам (Приказ Минздрава СССР от 30 апреля 1959 № 225).

Единственным до сегодняшнего дня официальным документом, определяющим права и обязанности клинического психолога в учреждениях здравоохранения, является Приказ МЗ РФ от 30 октября 1995 № 294 **«О психиатрической и психотерапевтической помощи»**, в котором есть Положение о медицинском психологе, участвующем в оказании психиатрической и психотерапевтической помощи, и Положение о психотерапевтическом кабинете. Помимо этого приказа (который так и не был зарегистрирован в Министерстве юстиции России и, следовательно, имеет неполноценную юридическую силу) существует ряд дополнительных приказов Минздрава, в которых регламентируется работа клинических психологов:

— от 13 февраля 1995 № 27 «О штатных нормативах учреждений, оказывающих психиатрическую помощь»;

— от 18 марта 1997 № 76 «О наркологических реабилитационных центрах»;

— от 6 мая 1998 № 148 «О специализированной помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением» (Положения о Телефоне доверия, о Кабинете социально-психологической помощи, Отделении кризисных состояний, о Суицидологической службе);

— от 28 декабря 1998 № 383 «О специализированной помощи больным при нарушениях речи и других высших психических функций»;

— от 5 мая 1999 № 154 «О совершенствовании медицинской помощи детям подросткового возраста».

В соответствии с Приказом Минздрава России от 13 февраля 1995 № 27 психолого-педагогический персонал включается в штат таких медицинских учреждений психиатрического, наркологического и психотуберкулезного профиля.

В наркологическом реабилитационном центре может осуществляться специализированная помощь подросткам-больным наркоманиями, алкоголизмом и токсикоманиями. В их составе могут находиться учебные классы, спортивные секции, студии и т. п. Подростковое отделение обычно находится отдельно от отделений, в которых проходят реабилитацию взрослые пациенты.

Для оказания психологической помощи детям и подросткам с кризисными состояниями и суицидальным поведением на базе медицинских кабинетов или поликлиник при учебных заведениях может создаваться кабинет социально-психологической помощи учащимся и несовершеннолетним. Приказом Минздрава России № 148 от 6 мая 1998 также предусмотрена организация специализированных постов круглосуточной телефонной связи («телефонов доверия») для оказания экстренной психологической помощи детям и подросткам.

Психолого-педагогическая помощь детям с выраженными нарушениями речи и других высших психических функций может оказываться в детских поликлиниках, а также в скоропомощных неврологических, нейрохирургических отделениях больниц, детских психоневрологических диспансерах и других лечебно-профилактических учреждениях. Для медико-психолого-педагогической реабилитации детей и подростков с нарушениями речи и других высших психических функций при лечебно-профилактическом учреждении может быть организован стационар на дому. Минздравом России предусмотрено создание на базе лечебно-профилактических учреждений специализированных центров патологии речи и нейрореабилитации, в штат которых наряду с медицинским персоналом включаются психологи и педагоги (логопеды, дефектологи). В учреждениях здравоохранения помощь, как правило, оказывается детям и подросткам с легкими формами речевых расстройств. В более тяжелых случаях дети через психолого-медико-педагогические консультации направляются в специализированные учреждения системы Министерства образования: школы-интернаты для детей с отклонениями в развитии, имеющих «особые образовательные потребности», специализированные детские сады и группы для детей «с проблемами в развитии». В некоторых школах создаются логопедические пункты, классы для детей с задержкой психического развития, умственно отсталых, с нарушениями физического состояния. Однако в системе образования очень

редко можно встретить комплексную специализированную службу помощи детям с патологией речи.

Приказом Минздрава России от 5 мая 1999 № 154 предусмотрена организация на базе детских поликлиник специализированного кабинета (отделения) медико-социальной помощи, в состав которого помимо врачей входят психолог и социальный работник (социальный педагог). В задачи этого подразделения входит:

— выявление детей с факторами социального риска;

— оказание медико-психологической помощи;

— формирование потребности в здоровом образе жизни.

Общий для всех психологов федеральный закон, регламентирующий оказание психологической помощи населению (в том числе и детям), в нашей стране отсутствует.

Контрольные вопросы к разделу

1. Что является предметом клинической психологии как самостоятельной ветви психологической науки?

2. Кто первым ввел в оборот термин «клиническая психология»?

3. Какие термины могут быть использованы для описания клинических аспектов деятельности психолога помимо термина «клиническая психология»? Чем они различаются?

4. В какой научной области зародилась клиническая психология?

5. Какие задачи ставила перед клинической психологией психиатрия?

6. Какова была цель привлечения клинического материала для решения вопросов общей психологии?

7. Чем отличается принятая в нашей стране трактовка патопсихологии, предложенная Б. В. Зейгарник, от трактовки, принятой в зарубежных странах?

8. Какие задачи решает клиническая психология в педагогической деятельности?

9. Из каких разделов состоит современная клиническая психология?

10. Перечислите основные аспекты деятельности клинического психолога в воспитательных и образовательных учреждениях.

11. Чем психотерапия отличается от психокоррекции?

12. Какие виды психопрофилактики вы знаете?

Рекомендуемая литература

1. *Б. В. Зейгарник.* Исторический обзор // Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. 2-е изд., испр. и доп. — М.: Когито-Центр, 2000. С. 19-26.

2. *Б. Ф. Ломов, Н. В. Тарабрина.* Медицина и психологическая наука // Общественные науки и здравоохранение / Под ред. И. Н. Смирнова. — М.: Наука, 1987. С. 172-184.

3. *И. Е. Сироткина.* Психология в клинике: Работы отечественных психиатров конца прошлого века // Вопросы психологии. 1995. № 6. С. 79-92.

4. *Клиническая* психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб.: Питер, 2002. С. 30-46.

5. *Становление* и развитие клинической психологии (Глава 10) // Клиническая психология: Учебник / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2002. С. 271-297.

Цитируемая литература

1. *Hellpach, W.* Klinische Psychologie. Stuttgart: Thieme, 1946.

2. *Janet, P.* La medicine psychologie. — Paris, 1923.

3. *Wittkover E. D., Warnes H.* Historical survey of psychosomatic medicine // Бессознательное: Природа, функции, методы исследования / Под ред. А. С. Прагнишвили, А. Е. Шерозия, Ф. В. Бассина. В 4 т. Том 2. — Тбилиси: Мецниереба, 1978.

4. *Бернштейн А. Н.* Экспериментально-психологическая методика распознавания душевных болезней. — М., 1908.

5. *Бехтерев В. М.* Объективная психология. Вып. 1. — СПб., 1907.

6. *Вундт В.* Основания физиологической психологии. — М., 1880.

7. *Зейгарник Б. В.* Патопсихология. — М.: Издательство МГУ, 1986.

8. *История* современной психологии / Т. Лихи. — 3-е изд. — СПб.: Питер, 2003.

9. *Карвасарский Б. Д.* Медицинская психология. — Л.: Медицина, 1982.

10. *Клиническая* психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб.: Питер, 2002.

11. *Кречмер Э.* Медицинская психология. — М., 1927.

12. *Психология*: комплексный подход / М. Айзенк, П. Брайнт, Х. Куликэн и др.; Под ред. М. Айзенка. — Мн.: Новое знание, 2002.

13. *Ромек Е. А.* Психотерапия: Теоретическое основание и социальное становление. — Ростов-на-Дону: Изд-во РГУ, 2002.

14. *Сироткина И. Е.* Психология в клинике: Работы отечественных психиатров конца прошлого века // Вопросы психологии. 1995. № 6.

15. *Штерринг Г.* Психопатология в применении к психологии. — СПб., 1903.

16. *Ясперс К.* Собрание сочинений по психопатологии. М.: Издательский центр «Академия»; СПб.: Белый кролик, 1996.

Раздел 2. Теория и методология клинической психологии.

2.1. Теоретические основания и основные методологические проблемы клинической психологии.

Междисциплинарный статус клинической психологии делает эту дисциплину особо чувствительной к решению **основной теоретико-методологической проблемы** современной науки — проблемы «природы человека» как существа биосоциального по своим внешним проявлениям. Психология имеет дело с особой реальностью — субъективной, которая далеко не всегда совпадает по содержанию с реальностью, существующей независимо от человека. Принято считать, что психология — это наука о психике. Однако психика — достаточно сложное явление, в которое включаются несколько взаимосвязанных, но различных по своей природе областей: осознаваемая субъективная реальность, бессознательные психические процессы, структура индивидуальных психических свойств, внешне наблюдаемое поведение. Соответственно, психику можно рассматривать с разных точек зрения: со стороны математических, физических, биохимических, физиологических процессов или как социокультурный, лингвистический феномен.

Первая теоретико-методологическая проблема клинической психологии заключается в том, что в науке существует две противоположных тенденции в понимании того, что же такое есть психика. ***Первая тенденция*** заключается в том, чтобы рассматривать психику как удобную *биологическую метафору нейрофизиологических процессов*, протекающих в мозге. Эта тенденция хорошо отражается в так называемой «центральной догме нейробиологии», сформулированной авторами известной монографии «Мозг, разум, поведение» — Ф. Блумом, А. Лейзерсоном и Л. Хофстедтером: «...все нормальные функции здорового мозга и все их патологические нарушения, какими бы сложными они ни были, можно, в конечном счете, объяснить, исходя из свойств основных структурных компонентов мозга... психические акты возникают в результате совместных действий множества клеток мозга, так же как пищеварение есть результат совместных действий клеток пищеварительного тракта» /6/. С этой точки зрения психика есть совокупная деятельность мозга, его интегральная функция.

Другая тенденция в трактовке понятия *психика* заключается в том, что под ней понимается *общая способность живых существ реагировать на абиотические (биологически нейтральные) воздействия*. Например, на звук. В эту общую способность включается совокупность процессов восприятия, способов переработки информации и регулирования реакций организма на абиотические воздействия. При этом церебральные процессы здесь не составляют существо этой общей способности, а являются всего лишь инструментом, с помощью которого эта способность может реализоваться. Как рука является только орудием хирурга, но не причиной его деятельности, так и мозг является всего лишь орудием психической деятельности, но не ее причиной.

В зависимости от строения инструмента психической деятельности у живых существ имеются *разные способности реагирования*, т. е. — разные психики: *элементарная сенсорная* (реагирование только на отдельные свойства среды), *перцептивная* (реагирование на целостные образования), *интеллектуальная* (реагирование на соотносящиеся между собой феномены) и *сознательная* (реагирование на вербально конструируемый образ реальности, который имеет самостоятельное существование, безотносительно наличным отношениям человека и среды) /26/. У высших животных эти психики также выступают уровнями психического функционирования: чем

выше церебральная организация животных, тем более представлены у них эти уровни. Есть эти уровни психического и у человека. Однако отличительной чертой психики человека является наличие **сознания и четырех высших психических функций** (ВПФ), которых нет у животных. К высшим психическим функциям относятся: *произвольные внимание и память*[2], *логическое мышление*[3], а также высшие эмоции — эмоциональные отношения (*чувства*).

Первые три уровня психики имеют следующие характеристики: 1) формируются под влиянием биологических факторов; 2) имеют непосредственную связь с удовлетворением конкретных, ситуативных биологических потребностей; 3) инстинктивны по способу осуществления.

Высшие психические функции обладают следующими характеристиками: 1) формируются под влиянием социальных факторов (общение, воспитание, обучение), 2) опосредованы знаково-символическими формами (главным образом речью), 3) произвольны по способу осуществления.

Таким образом, **психика человека** выступает не столько более высокой формой организации животной психики, сколько ***качественно иным способом взаимодействия*** человеческого организма со средой, возникающим под действием не биологических, а социальных факторов. Социальность является неотъемлемым свойством психики человека, поэтому, по крайней мере в отношении человеческой психики, нейробиологическая парадигма, популярная в биологически ориентированной медицине, имеет слабую методологическую состоятельность.

Действительно, человек обладает уникальным нейрофизиологическим механизмом знакового опосредствования[4] при взаимодействии со средой. Этот механизм связан с наличием развитых верхних передних отделов лобных долей больших полушарий мозга (коры), чего нет у других приматов. Благодаря ему, человек приобретает возможность взаимодействовать со средой опосредованно — через систему знаковых обозначений реальности, а не напрямую, и, соответственно, быть относительно независимым от среды, что повышает его адаптационные возможности.

Возникновение и развитие универсальной знаковой системы связано исключительно с процессом общения и взаимодействия с другими людьми в рамках различных человеческих групп. Именно поэтому развитие и функционирование человеческой психики связано с социальной организацией и культурой: каковы социокультурные условия жизнедеятельности человека, такова и его психика. Нейрофизиологический механизм только лишь дает возможность осуществления знакового способа психического функционирования. Следовательно, качественное отличие психики человека от психики животного заключается не в сложности индивидуального мозга, а в наличии социальных связей между людьми, которые возникают на основе языковых структур, понятийных схем мышления, социальных институтов и т. д. Именно это обстоятельство позволило Л. С. Выготскому сформулировать идею об экстракортикальных структурах психики человека, которые находятся за пределами мозга индивида — в социокультурном пространстве /8/.

Из первой проблемы — понимания сути психики — вытекают **производные теоретико-методологические проблемы** клинической психологии: *связь мозга и психики, психики и сознания*. Традиционное решение **проблемы связи мозга и психики** заключается в прямом сопоставлении психических и нейрофизиологических процессов, которые полагаются либо а) тождественными, либо б) параллельными, либо в) взаимодействующими. В случае **тождества** психика есть состояние мозга, которое можно описать в терминах возбуждения/торможения мозговых структур, свойств рецептивных полей нейронов сенсорных структур и т. п. Тогда под нарушениями психической деятельности больного человека будут пониматься только нарушения в области физиологии мозга.

При рассмотрении мозга и психики в качестве **параллельно** протекающих физиологических и психических процессов психика оказывается эпифеноменом — побочным явлением, сопутствующим мозговой деятельности, но не связанным с ней никакими причинно-следственными взаимоотношениями. Психические процессы и состояния пациента выступают здесь вспомогательными, не играющими существенной роли в патогенезе болезни субъективными ощущениями, сопровождающими нарушения на физиологическом уровне изменений в организме. Другими словами, психическое есть пассивная «тень» физического, которую можно принимать во внимание только в качестве диагностически важного признака, указывающего на какое-либо «глубинное» биологически обусловленное нарушение. Современное проявление концепции параллелизма мозга и психики существует в виде так называемого «двойного аспектизма», в

[2] В отличие от «натуральных» функций внимания и памяти, которые у животных не опосредованы системой знаков и работают по принципу «стимул — реакция» (т. е. являются ситуативно обусловленными текущими потребностями), человек может с помощью знаково-символической системы организовать свое внимание и память вне зависимости от текущей потребности.

[3] У животных есть только наглядно-действенное и, возможно, наглядно-образное мышление.

[4] И. П. Павлов называл эту систему второсигнальной.

котором признается, что физиологическое и психическое являются просто разными точками зрения на одно и то же явление — нейропсихическую деятельность мозга, которую в равной степени можно описывать физиологическим или психологическим языком.

Если мозг и психика рассматриваются как **взаимодействующие** феномены, то в этом случае психика выступает особым нематериальным феноменом (разумом, душой), а мозг — материальным. Каждый из этих феноменов имеет свои законы функционирования, однако при этом они находятся во взаимодействии, оказывая взаимное влияние друг на друга. При рассмотрении психики и мозга как взаимодействующих нематериальной и материальной субстанции всегда встает вопрос о посреднике или месте взаимодействия. Так, французский философ Р. Декарт (1596-1650) полагал, что это взаимодействие осуществляется в эпифизе — шишковидном теле, крошечной структуре, расположенной близко к географическому центру мозга /10/. Реальные функции этой железы до сих пор неизвестны. Известно только, что эпифиз участвует в гормональных изменениях, происходящих в пубертатный период: в детстве он выделяет особый гормон мелатонин, тормозящий половое созревание, а потом секреция этого гормона уменьшается и начинается половое созревание. Также есть доказательства того, что эпифиз участвует в регуляции сна у людей. В современных теориях взаимодействия психики и мозга предлагается концепция триализма — трех различных миров: 1) мира физических объектов и состояний (объективный мир); 2) мира психических состояний (субъективный мир: знания, мышления, эмоции и т. д.); 3) мира объективированных знаний (теории, знания на материальных носителях). Мир 1 взаимодействует с миром 2, а мир 2 — с миром 3. Взаимодействие же собственно психики (мир 2) и мозга (мир 1) осуществляется в области синапсов. Поэтому различные клинические симптомы, особенно психических расстройств, можно охарактеризовать как нарушения взаимодействия психического и физического уровней жизнедеятельности человека, их рассогласование и полный разрыв, обусловленный изменением проводимости нервных импульсов в нейронных цепях.

Все рассмотренные традиционные подходы к решению проблемы связи мозга и психики страдают одним методологическим недостатком: они опираются на нейробиологическую парадигму психики как продукта деятельности мозга и поэтому не могут объяснить, как на психическом уровне функционирования организма возникают качества, которые невозможно предвидеть на физиологическом уровне.

Если же рассматривать психику как способ информационного взаимодействия организма со средой, то в этом случае психическое выступает фактором *системной организации* отдельных мозговых процессов: как организм взаимодействует со средой на информационном уровне, так организуются и мозговые процессы, которые обеспечивают это взаимодействие /3/. Другими словами, связь мозга и психики является не прямой, а опосредованной — через динамические функциональные системы, возникающие в мозге в процессе решения текущих задач по обеспечению жизнедеятельности организма. Сначала в психике возникает образ будущего результата взаимодействия организма и среды, под который в мозге выстраивается определенное нейрофизиологическое обеспечение — система отдельных физиологических процессов. Мозг помогает организму в достижении субъективного образа потребного будущего (результата взаимодействия организма и среды), избирательно вовлекая отдельные физиологические процессы в единый комплекс усилий по достижению предполагаемого результата. Именно будущий результат детерминирует текущую активность мозга, является причиной определенной мозговой организации при тех или иных психических состояниях.

Организм всегда имеет информационный эквивалент практического результата взаимодействия со средой, в котором содержатся его прогнозируемые параметры. Этот информационный эквивалент сначала поступает в такой нейрофизиологический аппарат, который получил название акцептора результата действия. Но поступает он в него из психического уровня информационного взаимодействия со средой, на котором этот результат называется целью поведения. Кратко говоря, психический акт сначала подготавливает некоторый образ будущего («активное опережающее отражение реальности»), а затем мозг выстраивает под этот образ обеспечивающую достижение необходимого результата функциональную нейрофизиологическую систему /45/.

Основным вопросом здесь оказывается то, как и откуда на психическом уровне возникает информация о потребном результате взаимодействия организма и среды? Можно предположить, что настроенный определенным образом мозг сначала улавливает какие-то информационные сигналы, значимые для жизнедеятельности организма, которые перерабатываются психикой, чувствительной к тем или иным сигналам, после чего сформированный психикой образ реальности запускает исполнительные нейрофизиологические процессы. Тогда центром «совмещения» психической и физической реальности гипотетически может выступать ретикулярная формация, даже по внешнему виду напоминающая «приемопередающее антенное устройство» («сеточку»). В

этом случае нарушения психической деятельности можно интерпретировать как особым образом организованную мозговую деятельность, подготовленную «необычными» или искаженно воспринятыми информационными сигналами.

Другая проблема — это **проблема взаимосвязи психики и сознания**. Исходя из решения вопроса о соотношении мозга и психики, используют и два подхода к решению вопроса соотношения психики и сознания. *Первый подход* состоит в так называемый нейрофизиологической трактовке феномена сознания как *оптимального уровня возбуждения* нейрофизиологических процессов. В рамках этой концепции даже выделяют определенные мозговые структуры, ответственные за функционирование сознания — так называемую центр-энцефалическую систему во главе с ретикулярной формацией ствола мозга. Действительно, повреждение ствола приводит к однозначному выключению сознания. Данная концепция допускает существование сознания и у высших животных (млекопитающих), имеющих развитую ЦНС. Здесь сознание есть такие психические процессы, в которых участвует внимание, понимаемое как активная селекция отдельных элементов реальности. Другими словами, это определенная характеристика психических процессов, суть которой заключается в интеграции жизненного опыта организма. Как только организм перестает избирательно реагировать на отдельные признаки среды, считается, что он утратил функцию сознания. Такое понимание сознания доминирует в медицине (особенно в психиатрии, в которой речь может идти о «поле» сознания, «ясности» сознания, «уровне включенности» сознания и т. п.). Практическая проблема здесь заключается в том, что тогда любое нарушение психической деятельности следует трактовать как нарушение сознания, что противоречит клиническим традициям.

Второй подход характеризует собственно психологическую трактовку сознания как *высшего способа психического взаимодействия* со средой, состоящего из вербальных (знаково-символических) образов реальности, возникающих в определенный момент времени и включающих в себя также вербальный образ самого человека — самосознание. Говоря словами С. Л. Рубинштейна, сознание есть знание о чем-то, что существует отдельно от нас /38/. Здесь сознание нетождественно психике: оно является только одной из форм психической деятельности, свойственной исключительно человеку (у которого, соответственно, имеются и бессознательные психические процессы, в которых не участвуют вербальные способы взаимодействия со средой). При этом сознание является социальным продуктом, возникающим в системе отношений между людьми. Его формой является мышление, а содержанием — социальные характеристики среды и личности. Соответственно, нарушениями сознания являются нарушения восприятия человеком социальных характеристик среды и собственных личностных характеристик.

В зависимости от трактовки сознания в клинической психологии существует два подхода и к пониманию **бессознательного**. В случае отождествления сознания и психики бессознательное есть недостаточный уровень нейрофизиологического возбуждения, проявляющийся в виде комы, обморока, глубокого сна или общей анестезии. В случае разграничения сознания и психики бессознательным считаются невербализуемые или недоступные вербализации психические процессы и состояния. Причины, по которым психические процессы и состояния оказываются недоступными вербализации, могут быть различными. Для клинической психологии важными представляются те из них, которые связаны с процессами вытеснения из сферы осознания (вербализации) тревожащих физиологических импульсов, желаний, воспоминаний, образов, а также те, которые связаны с автоматическими, привычными действиями, текущая вербализация которых не нужна для их осуществления (более адекватный термин — *предсознательное*).

2.2. Норма и патология, здоровье и болезнь.

Категории нормы и патологии, здоровья и болезни выступают основными векторами, задающими систему восприятия и критерии оценки состояния человека в клинической психологии. Категория нормы используется в качестве базового критерия сравнения текущего (актуального) и постоянного (обычного) состояния людей. С понятием нормы в нашем сознании тесно связано состояние здоровья. Отклонение же от нормы рассматривается как патология и болезнь. Слово «болезнь» в обыденном языке используется для характеристики таких состояний, которые не кажутся нам «нормальными», «такими, как это обычно бывает», и поэтому требуют особого объяснения. Однако содержательное, а не интуитивное определение клинической нормы как теоретического конструкта — это большая методологическая проблема.

Норма — это термин, в который может вкладываться два основных содержания. Первое — *статистическое содержание нормы*: это уровень или диапазон уровней функционирования организма или личности, который *свойственен большинству* людей и является типичным, наиболее часто встречающимся. В этом аспекте норма представляется некоторым объективно

существующим явлением. **Статистическая норма** определяется посредством вычисления среднеарифметических значений некоторых эмпирических (встречающихся в жизненном опыте) данных. Например, большинство людей не боятся оказаться в замкнутом пространстве и вступают в гетеросексуальные контакты, следовательно, отсутствие такого страха и отсутствие гомосексуальных контактов — это статистически нормально.

Второе — *оценочное содержание нормы*: нормой считается некоторый *идеальный образец* состояния человека. У такого образца всегда есть философское и мировоззренческое обоснование как состояния «совершенства», к которому должны в той или иной мере стремиться все люди. В этом аспекте норма выступает в качестве **идеальной нормы** — субъективного, произвольно устанавливаемого ***норматива***, который принимается за совершенный образец по соглашению каких-либо лиц, обладающих правом установления таких образцов и имеющих власть над другими людьми: например, специалистов, лидеров группы или общества и т. п. В качестве норматива идеальная норма выступает средством упрощения и унификации многообразия форм жизнедеятельности организма и проявлений личности, в результате чего одни из них признаются удовлетворительными, тогда как другие оказываются за гранью допустимого, приемлемого уровня функционирования. Таким образом, в понятие нормы может быть включен оценочный, предписывающий компонент: человек должен быть таким, а не иным. Все, что не соответствует идеалу, объявляется ненормальным.

Проблема нормы-норматива связана с проблемой выбора *нормативной группы* — людей, чья жизнедеятельность выступает в качестве стандарта, по которому измеряется эффективность уровня функционирования организма и личности. В зависимости от того, кого наделенные властью специалисты (например, врачи-психиатры или психологи) включают в нормативную группу, устанавливаются различные границы нормы.

В число норм-нормативов включаются не только идеальные нормы, но также *функциональные нормы, социальные нормы и индивидуальные нормы*.

Функциональные нормы оценивают состояния человека с точки зрения их последствий (вредно или не вредно) либо возможности достижения определенной цели (способствует или не способствует это состояние реализации связанных с целью задач).

Социальные нормы контролируют поведение человека, заставляя его соответствовать некоторому желаемому (предписываемому со стороны окружения) или установленному властью образцу.

Индивидуальная норма предполагает сравнение состояния человека не с другими людьми, а с состоянием, в котором человек обычно пребывал раньше и которое соответствует его личным (а не предписываемым обществом) целевым установкам, жизненным ценностям, возможностям и обстоятельствам жизни. Другими словами, индивидуальная норма есть идеальное с точки зрения индивида, а не доминирующей социальной группы или ближайшего окружения состояние, учитывающее работоспособность и возможности самореализации конкретного человека.

Для оценки нормальности (соответствия норме) психологического состояния личности, в зависимости от цели, психологом или психиатром могут применяться любые из перечисленных норм. Поэтому процесс оценки психологического состояния (статуса) индивида очень часто приобретает скрытый политический и подверженный идеологическому влиянию характер, поскольку в конечном итоге критерием оценки оказывается система ценностей, доминирующая в обществе или в сознании отдельно взятой группы людей.

Любое отклонение от установленной нормы может характеризоваться как **патология**. В медицинском лексиконе под патологией обычно подразумевается нарушение на биологическом уровне функционирования организма. Однако в клинической психологии в содержание понятия «патология» также включаются и такие отклонения от нормы, в которых нет никаких биологических компонентов (отсюда вполне возможно и правомерно употребление терминов «патологическая личность» или «патологическое развитие личности»). Употребление слова «патология» акцентирует внимание на том, что нормальное состояние, функционирование или развитие личности изменяется вследствие морфо-функциональных нарушений (т. е. на уровне мозговых, психофизиологических, эндокринных и иных биологических механизмов регуляции поведения).

В отношении биологической нормы можно установить более или менее четкие объективные границы допустимого разброса уровней функционирования человека, при котором организму не угрожает гибель от структурных и функциональных изменений. В отношении же определения психической нормы никаких четких объективных границ установить нельзя, поскольку здесь доминирует произвольный оценочный, нормативный подход. Установление пределов, характеризующих норму, оказывается тесно связано с теоретическими представлениями о природе личности, в которых моделируется некоторое идеальное представление о человеке как социальном существе. Например, в классическом психоанализе гомосексуальность трактуется как

патология, тогда как в современных психологических теориях, ориентированных на понятие индивидуальной нормы, — как норма /21/.

Оригинальное значение древнегреческого слова *patos*, от которого и происходит термин «патология», — это страдание. Следовательно, под патологией можно понимать только такие отклонения от нормы, при которых человек чувствует эмоциональный дискомфорт. Например, для специфических проявлений сексуальных предпочтений, требующих клинико-психологического вмешательства, сейчас используются термины «эгодистонический» и «эгосинтонический». Эгодистонический тип проявления характеризуется выраженным беспокойством по поводу своих предпочтений, наличие которых вызывает у человека страдание и желание их изменить. Эгосинтонический тип проявления характеризуется восприятием своих предпочтений как естественных, согласующихся с представлениями о собственной личности. Соответственно, «патологическим» признается только такое сексуальное предпочтение, которое доставляет человеку эмоциональный дискомфорт и поэтому отвергается им. Однако в области психических, личностных и поведенческих отклонений от нормы у человека зачастую не возникает никакого субъективного дискомфорта и чувства страдания.

Употребление слова «патология» также предполагает наличие одной ведущей причины отклонения от нормы. Однако у одного и того же психического состояния может быть не одна, а несколько порой противоположных причин не только биологического, но и социального происхождения. Например, депрессии могут быть обусловлены нейрохимическими нарушениями (пониженная активность биогенных аминов — серотонина, норадреналина, дофамина), нейрогормональными изменениями, вызванными гиперактивностью системы «гипоталамус — гипофиз — надпочечники» (повышенное выделение кортизола). Но депрессии с такой же вероятностью могут также вызываться жизненной ситуацией (не только текущими условиями жизни, но и культурными, эпохальными, политическими и т. д.), а также мотивационно обусловленными особенностями когнитивной переработки информации (интерпретации событий). И если вспомнить одну из базовых теоретико-методологических проблем клинической психологии, касающуюся связи мозга и психики, то трудно однозначно утверждать, изменения какого уровня выступают первопричиной наблюдаемых отклонений от нормы.

Наконец, в термине «патология» очень сильно выражен оценочный компонент, позволяющий навешивать на любого человека, не соответствующего доминирующим идеальным или статистическим нормам, ярлык «больного».

По причине трех перечисленных особенностей употребления слова «патология» (обязательное наличие у отклоняющегося от нормы человека страдания, плохого самочувствия; предположение о действии одной ведущей причины нарушения; выраженный оценочный компонент) многие ученые выступают за его исключение из лексикона психиатров и клинических психологов, предлагая взамен использование термина *«расстройство»*, ограничив применение слова «патология» только биологическим уровнем нарушений.

Расстройство означает отсутствие или нарушение существовавшего ранее обычного для человека состояния. Употребление термина «расстройство» не предполагает обязательного наличия для того или иного отклонения от нормы однозначных причинно-следственных связей его возникновения. Расстройства могут вызываться взаимодействием ряда факторов биологического, психологического и социального уровня, причем в каждом конкретном случае тот или иной фактор может оказаться ведущим в начале, развитии или исходе нарушения. Поэтому использование в клинической психологии слова «расстройство» кажется сегодня более предпочтительным.

Определение *психического расстройства* опирается на три базовых критерия:

1) отдельные типы реакций, превышающие статистически выявленную частоту их возникновения у большинства людей в определенной ситуации в некоторый промежуток времени (например, если пять из девяти признаков депрессии наблюдаются у человека на протяжении двух недель и более, то только такое состояние признается расстройством);

2) состояния, мешающие человеку адекватно реализовывать поставленные им перед собой цели и поэтому наносящие ему ущерб (так называемые «дисфункциональные состояния»);

3) типы поведения, от которых страдает и получает физический ущерб сам индивид или приносящие страдание и физический ущерб окружающим его людям.

На **социальном** уровне функционирования человека норма и патология (расстройство) выступают в качестве состояний **здоровья и болезни**.

В науке существует два подхода к определению состояния здоровья: *негативный* и *позитивный*.

Негативное определение здоровья рассматривает последнее как простое отсутствие патологии и соответствие норме. Здесь норма рассматривается как синоним здоровья, а патология

— болезни. Однако понятия нормы и патологии более широкие, чем понятия здоровья и болезни. Норма и патология всегда континуальны: они охватывают целое множество взаимопереходящих состояний. Здоровье и болезнь выступают как дискретные, четко очерченные в своих границах состояния. Они связаны не с объективно регистрируемым отклонением от нормы, а с субъективным состоянием хорошего или плохого самочувствия, оказывающего влияние на выполнение нами повседневных функций в деятельности, общении и поведении.

Характеристика общего самочувствия оказывается центральным звеном разграничения здоровья и болезни. Здоровый человек — это тот, кто благополучно себя чувствует и поэтому может выполнять повседневные социальные функции. Больной человек — это тот, кто имеет плохое самочувствие и поэтому не может выполнять повседневные социальные функции. При этом действительное наличие или отсутствие различных отклонений от нормы на биологическом уровне существования зачастую не является определяющим для отнесения себя к здоровым или больным. Например, люди, употребившие алкоголь на вечеринке, имеют отклонения от «нормальных» параметров психического функционирования (находятся в так называемом «измененном состоянии сознания»), однако, они не являются больными до тех пор, пока у них не нарушается выполнение социальных функций. Получается, что понятие здоровья шире, чем понятие нормы, а понятие болезни по содержанию отличается от понятия патологии. Это обстоятельство привело исследователей к поиску позитивных концепций здоровья.

Позитивное определение здоровья не сводит последнее к простому отсутствию болезни, а пытается раскрыть его автономное от болезни содержание.

Общее определение здоровья, которое было предложено Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), включает такое состояние человека, при котором:

1) сохранены структурные и функциональные характеристики организма;

2) имеется высокая приспособляемость к изменениям в привычной природной и социальной среде;

3) сохраняется эмоциональное и социальное благополучие.

Критерии **психического здоровья** по определению ВОЗ:

1) осознание и чувство непрерывности, постоянства своего «Я»;

2) чувство постоянства переживаний в однотипных ситуациях;

3) критичность к себе и к результатам своей деятельности;

4) соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий;

5) способность управления своим поведением в соответствии с общепринятыми нормами;

6) способность планировать свою жизнь и реализовывать свои планы;

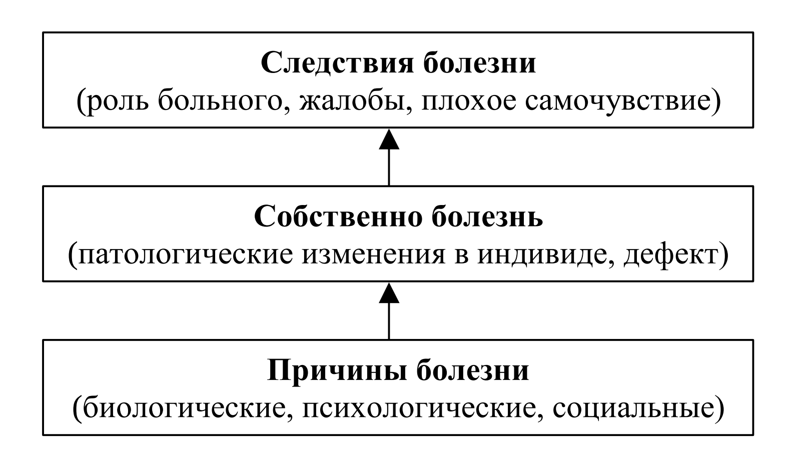
7) способность изменять поведение в зависимости от жизненных ситуаций и обстоятельств.

Таким образом, здоровье вообще и психическое здоровье в частности представляют собой динамическое сочетание различных показателей, тогда как болезнь, напротив, можно определить как сужение, исчезновение или нарушение критериев здоровья, т. е. как особый случай здоровья.

В определении болезни существуют две точки зрения: 1) болезнь есть любое состояние, диагностированное профессионалом; 2) болезнь есть субъективное ощущение себя больным. В первом случае болезнь рассматривается как оцениваемое по объективным признакам расстройство функционирования. Но по поводу многих болезней люди не обращаются к профессионалам, да и объективных стандартов функционирования человека не существует (во многих случаях профессионалы не могут прийти к единому пониманию болезненного состояния). Второй подход тоже имеет свои ограничения: сообщаемое пациентом состояние скорее отражает проблемы пациента, а не само расстройство. К тому же при ряде тяжелых соматических состояний изменений самочувствия может и не быть (например, туберкулез).

Понятие болезни не столько представляет собой отражение объективного состояния человека, сколько выступает общим *теоретическим и социальным конструктом*, с помощью которого обычные люди и специалисты пытаются определить и понять возникающие нарушения здоровья. Содержание этого конструкта определяет видение причин и проявлений болезни, а также направление исследований и лечения различных расстройств. Другими словами, сначала люди определяют, что считать болезнью, а затем начинают исследовать и лечить ее.

Конструкт болезни, существующий в европейской культуре, можно выразить следующим образом:



Таким образом, конструкт болезни предполагает такую последовательность: причина — дефект — картина — следствия. Он является прообразом для выдвижения гипотез, объяснения нарушений и воздействия на причины. Увидев следствия и общую картину отклонений в психической деятельности или поведении, мы, следуя конструкту болезни, начинаем предполагать, что за этими внешними признаками кроется какой-либо дефект в самом человеке, который, в свою очередь, вызван определенными для этого дефекта причинами.

В современной медицине существует две модели болезни: *биомедицинская* и *биопсихосоциальная*.

Биомедицинская модель болезни существует с XVII в. Она центрирована на изучении природных факторов как внешних причин заболевания. Биомедицинскую модель болезни характеризуют четыре основные идеи:

1) теория возбудителя;

2) концепция трех взаимодействующих сущностей — «хозяина», «агента» и окружения;

3) клеточная концепция;

4) механистическая концепция, согласно которой человек — это прежде всего тело, а его болезнь — поломка какой-то части организма.

В рамках этой модели нет места социальным, психологическим и поведенческим причинам развития болезни. Дефект (в том числе и психический), какими бы факторами он ни вызывался, всегда имеет соматическую природу. Поэтому и ответственность за лечение здесь целиком и полностью возлагается только лишь на врача, а не на больного.

В начале XX в. биомедицинская модель была подвергнута пересмотру под влиянием концепции *общего адаптационного синдрома* Г. Селье /40/. Согласно адаптационной концепции болезнь есть неправильно направленная либо чрезмерно интенсивная адаптационная реакция организма. Однако многие нарушения могут быть рассмотрены как разновидность адаптивных реакций организма. В рамках концепции Г. Селье даже возник термин *маладаптация* (от лат. *malum* + *adaptum* — зло + приспособление — хроническая болезнь) — длительное болезненное, ущербное приспособление. К тому же применительно к психическим нарушениям в адаптационной модели состояние болезни (как дезадаптации или как разновидности адаптации) не соотносится с особенностями личности и ситуации, в которой происходит нарушение психической сферы.

Отечественная клиническая психология, будучи тесно связанной с психиатрией, долгое время ориентировалась на биомедицинскую модель психических болезней, поэтому особенности воздействия социальной среды на процесс психических нарушений в ней практически не исследовался /18/.

Биопсихосоциальная модель болезни возникла в конце 70-х гг. XX в. /58/. Она основывается на системной теории, согласно которой любая болезнь есть иерархический континуум от элементарных частиц до биосферы, в котором каждый нижележащий уровень выступает компонентом вышележащего уровня, включает его характеристики и испытывает на себе его влияние. В центре этого континуума находится личность с ее переживаниями и поведением. Ответственность за выздоровление в биопсихосоциальной модели болезни полностью или частично возлагается на самих больных людей.

В основе этой модели лежит диада «диатез — стресс», где диатез — это биологическая предрасположенность к определенному болезненному состоянию, а стресс — психосоциальные факторы, актуализирующие эту предрасположенность. Взаимодействие диатеза и стресса объясняет любое заболевание.

В оценке состояния здоровья в рамках биопсихосоциальной модели ведущую роль играют психологические факторы. Субъективно здоровье проявляется в чувстве *оптимизма*, *соматического* и *психологического благополучия*, *радости жизни*. Это субъективное состояние обусловлено следующими **психологическими механизмами, обеспечивающими здоровье**:

1) принятие ответственности за свою жизнь;

2) самопознание как анализ своих индивидуальных телесных и психологических особенностей;

3) самопонимание и принятие себя как синтез — процесс внутренней интеграции;

4) умение жить в настоящем;

5) осмысленность индивидуального бытия, как следствие — осознанно выстроенная иерархия ценностей;

6) способность к пониманию и принятию других;

7) доверие к процессу жизни — наряду с рациональными установками, ориентацией на успех и сознательным планированием своей жизни необходимо то душевное качество, которое Э. Эриксон называл базовым доверием, иными словами, это умение следовать естественному течению процесса жизни, где бы и в чем бы он ни проявлялся.

В рамках биопсихосоциальной парадигмы болезнь рассматривается как такое расстройство, которое угрожает дисфункцией — неспособностью психобиологических механизмов выполнять свои функции в определенном социокультурном пространстве. При этом не каждое расстройство функционирования однозначно является болезнью, но только такое, которое становится причиной значимой для личности угрозы существованию в конкретных условиях среды. Следовательно, болезнью является далеко не всякое расстройство, а только такое, которое *нуждается в изменении* («имеется потребность в лечении»). **Потребность в лечении** считается существующей тогда, когда имеющиеся признаки отклонений (расстройства) наносят ущерб профессиональной работоспособности, повседневной деятельности, привычным социальным отношениям либо причиняют ярко выраженное страдание.

Так как состояние болезни предполагает особый социальный статус человека, не способного выполнять социальные функции в ожидаемом объеме, болезнь всегда оказывается связанной с *ролью больного* и *ограничениями ролевого (социального) поведения*. С этим феноменом оказывается связанным интересный социально-психологический факт, когда простое навешивание «ярлыка» «больного» может приводить к возникновению или прогрессированию уже имеющегося у человека нарушения здоровья. В результате такого «лейбелинга» (англ. *labeling* — навешивание ярлыка) порой малозначительное отклонение от какой-либо нормы (благодаря социальному и информационному давлению со стороны окружения и специалистов, поставивших «диагноз») превращается в тяжелое расстройство, потому что человек принимает на себя навязанную ему роль «ненормального». Он чувствует и ведет себя как больной, а окружающие с ним соответственно обращаются, признавая его только в этой роли и отказывая признавать за ним исполнение роли здорового. Из факта лейбелинга можно сделать далеко идущий вывод о том, что в ряде случаев психические расстройства у отдельных лиц не проистекают из внутренней предрасположенности, а являются следствием или выражением нарушенных социальных связей и отношений (результатом жизни в «больном обществе»).

Следовательно, помимо *доминирующего* в клинической психологии конструкта болезни («комплекс биопсихосоциальных причин — внутренний дефект — картина — следствия») имеются и другие — *альтернативные* — конструкты болезни. Во-первых, психические и поведенческие отклонения можно интерпретировать как *выражение нарушенных процессов в системе социального взаимодействия*. Во-вторых, психические и поведенческие отклонения можно рассматривать не как проявление внутреннего дефекта, а как *крайнюю степень выраженности* отдельных психических функций или паттернов поведения у конкретных индивидов. В-третьих, психические и поведенческие отклонения могут быть рассмотрены как следствие *задержки естественного процесса личностного роста* (вследствие фрустрации основных потребностей, ограничений в социальном функционировании, индивидуальных различий в способностях разрешать возникающие личностные и социальные проблемы).

Все перечисленные альтернативные конструкты болезни акцентируют внимание на том, что граница между состояниями здоровья и болезни, нормы и патологии, а также наше видение причин отклонений от норм устанавливаются произвольно в соответствии с доминирующей в обществе и науке моделью болезни. Стоит изменить модель болезни, как многое из того, что сегодня считается психическим заболеванием или патологией, может оказаться крайним вариантом нормы. Альтернативные модели болезни ставят под сомнение само наличие дефекта, вызывающего плохое самочувствие. Фактически они делают конструкт болезни лишенным привычного смысла, поскольку социальное окружение может назвать «ненормальным» и «нуждающимся в изменении» любое индивидуальное отклонение в психике и поведении личности,

даже если отсутствует какой-либо явный дефект в биологических механизмах, реализующих эту психическую деятельность или поведение. Следует признать, что для многих психических болезней и поведенческих нарушений установлена только корреляционная, а не причинно-следственная связь между наблюдаемыми признаками расстройства и изменениями в морфофункциональной основе. При этом часто упускается из виду, что сходные изменения морфофункциональной основы могут быть обнаружены и у практически здоровых лиц. Правда, в этом случае сторонники доминирующего конструкта болезни постулируют так называемый «доболезненный» характер нарушений или «латентное» течение заболевания. Однако тогда мы рискуем максимально сузить понятие здоровья до несуществующей абстракции. Такой подход в клинической практике получил название «нозоцентричного» (т. е. центрированного на болезни).

Перечисленные проблемы, связанные с употреблением понятия болезни, привели к тому, что сегодня более предпочтительным становится термин ***«психические, личностные и поведенческие расстройства»***, который охватывает различные виды нарушений, включая болезни в узком смысле этого слова.

2.2.1. Проблема разграничения психологических феноменов и психопатологических симптомов.

Из вышесказанного можно сделать вывод, что простое наблюдение обнаруженных изменений в психической деятельности или поведении и оценка их как нарушений еще не является основанием трактовать их в терминах расстройства или болезни. Внешне психологические феномены (индивидуально-личностные особенности функционирования) и психопатологические симптомы имеют значительное сходство. Как, например, разграничить подозрения в измене, которые являются следствием чувства ревности в качестве психологической реакции на ситуации общения и взаимодействия супругов, и бред ревности, который также проявляется в подобных подозрениях? Или как разграничить а) поведение человека, борющегося за справедливость, соблюдение прав людей и законов; б) сутяжничество, которое заключается в стремлении получать удовольствие от процесса споров, тяжбы, конфликтов ради самого принципа, а не ради результата и в) бред отношения, который заключается в том, что окружающие негативно относятся к человеку и все время хотят нанести ему вред, что проявляется в естественном стремлении защититься от враждебного окружения через обращение в суд? Без анализа социальной среды, особенностей личностного развития и личностных факторов (переживания, мотивация и т. п.) поведения разграничить психологические и психопатологические феномены практически невозможно.

Наиболее удачное решение этой проблемы было предложено К. Ясперсом в начале XX в. /51/. Опираясь на феноменологическую философию Э. Гуссерля, он предложил использовать *феноменологический подход* в клинической практике. Любое психическое состояние К. Ясперс рассматривал как феномен, т. е. как целостное переживание текущего момента, в котором можно выделить два неразрывно связанных между собой аспекта: *сознание окружающего мира* (предметное сознание) и *сознание себя* (самосознание). Поэтому у врача и психолога есть *два пути оценки психического состояния* пациента, оба из которых являются исключительно субъективными:

а) представление себя на месте другого (вчувствование, достигаемое через перечисление ряда внешних признаков психического состояния);

б) рассмотрение условий, в которых эти признаки оказываются связанными между собой в определенной последовательности.

Для разграничения психологических феноменов и психопатологических процессов важно обнаружить логику, по которой пациентом строятся причинно-следственные связи в предметном сознании (как он видит реальность) и между предметным сознанием и самосознанием (что считает необходимым делать в так понимаемой реальности). Из этого указания К. Ясперса Куртом Шнайдером был выведен **первый принцип** разграничения /29/:

Психопатологическим симптомом признается лишь то, что может быть доказано таковым.

Доказательство строится на основе общепринятых законов логики (закон тождества, закон достаточного основания, закон исключенного третьего) с применением критерия достоверности (убедительности) и вероятности (с применением рассуждения по аналогии). При таком подходе существенным в доказательстве будет не нелепость утверждения, а распределение спектра вероятности правильного умозаключения пациента на основании имеющихся фактов и социокультурных условий. Согласно принципу К. Шнайдера, всегда необходимо сравнивать две логики: *внешнюю логику поведения* пациента и *логику объяснения* этого поведения самим пациентом. Тогда перед психологом ставится одна задача: доказать, на основании каких

признаков он признает субъективную логику пациента идущей вразрез с внешней логикой объяснения поведения.

Одной из наиболее широко применяемых для разрешения этой задачи является модель *дедуктивно-логических объяснений событий*. Нормальное объяснение событий должно удовлетворять так называемым *условиям адекватности*:

— *аргументы (основания, на которые опирается психолог или пациент), объясняющие состояние и поведение пациента, должны быть логически корректны (т. е. не должны нарушать формальных законов логики)*;

— *события, описываемые пациентом, должны иметь эмпирическое содержание (или быть вероятными событиями при определенных допустимых обстоятельствах; степень вероятности в клинической психологии часто определяется по принципу аналогии — событие тем вероятнее, чем больше сходства видит психолог в том, о чем рассказывает пациент, с тем, что бывает с большинством других людей, а также с тем, что ему уже известно о рассказываемых вещах)*;

— *утверждения пациента должны быть убедительно доказаны*.

Как видно из характеристики условий адекватности, в клинической практике трудно найти людей, утверждения которых могли бы удовлетворять последнему требованию — убедительности. Кроме того, серьезным ограничением является указание на то, что оценка адекватности привязана к наличному знанию о каких-то вещах, поскольку знание часто является неполным и постоянно изменяемым, конструируемым (т. е. ситуативно-условным, а не абсолютным).

В качестве **дополнительных разграничивающих признаков** К. Ясперс предлагает выделять следующие:

— *наличие явно привлекающих внимание характеристик поведения и личности пациента (вычурность, демонстративность, эксцентричность)*;

— *внезапность их появления в относительно короткий период (при этом подобные характеристики ранее в личности и поведении человека не присутствовали)*;

— *появление дополнительных позитивных или негативных продуктов психической деятельности, а также соматических явлений, которые сопровождаются различными необычными толкованиями*;

— *снижение уровня критичности (частичная, отсроченная, вплоть до отсутствия)*.

2.3. Основные этапы и факторы возникновения психических и поведенческих расстройств.

Выделяют следующие основные фазы развития психологических нарушений: *пре- и перинатальная (до и во время родов),* фаза *первичной социализации,* фаза *непосредственно перед возникновением расстройства (продромальная), дебют,* фаза *после возникновения расстройства*.

В первой фазе — *до и во время родов* — критическое значение для последующего развития психических расстройств имеют генетические факторы (врожденные особенности мозговых механизмов психической деятельности), воздействие токсических, инфекционных агентов во время беременности, характер протекания родов и особенности родовспоможения, отношение родителей к будущему ребенку (новорожденному) и характер их взаимодействия с младенцем, характер отношений в семье новорожденного, экологические факторы.

Во второй фазе — *первичной социализации* — на развитие психических нарушений могут повлиять инфекции, оказывающие негативное воздействие на мозг (прямое или токсическое), но ведущую роль на этом этапе начинают играть социально-психологические факторы: характер отношений с родителями и сверстниками (жестокое обращение, сексуальные злоупотребления, отвержение, эмоциональная депривация и т. п.), стиль воспитания в семье. Фаза социализации ограничивается периодами раннего детства и взрослостью.

Первая и вторая фазы формируют *уязвимость* (биологическую и личностную в виде набора специфических черт характера) к развитию психических расстройств. Дальнейшая возможность возникновения расстройства зависит уже от действия пусковых (триггерных) факторов: если уязвимость низкая, то потребуется действие существенных пусковых факторов, если же уязвимость высокая, достаточно будет и меньших по силе пусковых факторов. Далеко не всегда наличие уязвимости (неблагоприятных факторов в пренатальной фазе и фазе социализации) связано с обязательным развитием психического расстройства или других отклонений, поскольку в

процессе социализации на личность и ее психику оказывают действие различные социальные агенты. Человек всегда включается в несколько систем социальных связей и отношений с разными характеристиками, при этом важную роль играет идентификация себя с той или иной системой отношений, а также смысловые и ценностные значения, приписываемые личностью этим системам, формам обращения, людям, с которыми осуществляется взаимодействие. Например, неудовлетворенная в гиперпротекционистском типе воспитания в семье потребность в признании и автономности личности может быть удовлетворена в системе отношений с другими родственниками или сверстниками, при этом своими «настоящими» родителями ребенок может считать совсем не «паспортных» маму и папу, а бабушку и дедушку или старших членов дворовой группы.

На *продромальной* фазе развития психических расстройств начинается действие *пусковых факторов* болезни. Основным пусковым фактором здесь является *психологический стресс*, возникающий в результате резко изменяющихся привычных условий или хода жизни человека. Расстройство могут вызвать как однократно действующие стрессовые события, так и повторяющиеся. Многое здесь определяет качество восприятия событий и реальности самим человеком: одно и то же событие может для одного человека носить стрессорный характер, а для другого — нет. На этой фазе необходимо различать вредоносные (провоцирующие) и протективные (защищающие) факторы.

Дебют — первое проявление *болезненных признаков* расстройства, когда у человека перестают срабатывать привычные способы совладания со стрессовыми ситуациями и наступает состояние дезадаптации, неадекватности поведения обстоятельствам жизни.

Фаза *после возникновения расстройства* (дебюта болезни) связана с действием факторов, поддерживающих нарушенное протекание психической деятельности (поведение). Здесь также необходимо выделять вредные (способствующие развитию расстройства) и протективные (мешающие развитию расстройства) факторы.

В соответствии с биопсихосоциальной моделью болезни, большинство психических и поведенческих расстройств имеют *многофакторную природу*. Даже если в случае какого-либо конкретного заболевания ведущей причиной возникновения расстройства выступает одна четко доказанная биологическая причина (например, генетическая аномалия), то за актуальное психологическое состояние конкретного больного ребенка все равно отвечает целая цепочка обстоятельств, накладывающихся на определенную природой индивидуальную особенность механизмов психической деятельности в процессе его личностного развития. Достаточно часто проблемность той или иной биологически предопределенной особенности человека определяется не столько физиологическими механизмами, отвечающими эту особенность (психической деятельности или поведения), сколько отношением других людей к этой «инакости», «непохожести» индивида, а также ее учетом при организации социального взаимодействия «иного» человека с обычными «нормальными» («правильными») людьми.

Именно по этой причине в современной клинической психологии принято обращать внимание на условия возникновения психических расстройств и нарушений поведения, в которых может сочетаться действие разных факторов: *генетических (наследственных), биохимических, нейрофизиологических, психофизиологических, личностных, социально-психологических, социологических*.

Генетические факторы определяют мозговые структуру и механизмы «инструментов» психической деятельности и отвечают за диапазон индивидуальных различий в поведении человека. Именно гены закладывают фундамент уникальности психологического облика индивида. Вероятность получения одного и того же набора генов двумя организмами, рожденными в результате слияния двух половых клеток родителей, равна $1{:}2^{23}$, т. е. менее одного шанса на более чем 64 триллиона возможных комбинаций /34/. Гены оказывают влияние, прежде всего на строение и биохимическую активность материального субстрата психики — мозга.

Психические расстройства, как правило, связаны с действием не одного, а нескольких генов. В современной психогенетике есть предположение, что возникновение психических расстройств является необходимым следствием генетического многообразия вида Homo Sapiens, поскольку люди с отклонениями от среднестатистического «норматива» психических функций выполняют роль своеобразного природного «резервуара», за счет которого в природе поддерживается уровень распространенности и степень выраженности определенных психических функций. Например, благодаря наличию людей с наследственной предрасположенностью к развитию шизофрении в общей популяции поддерживается достаточный уровень распространенности и оптимальная степень развития мозговых механизмов, обеспечивающих креативные способности мыслительной деятельности. Не само наличие, а связанность генов шизофрении с другими генами определяет возможность развития психического расстройства, поскольку эти гены в связках с другими («сдерживающими») генами имеются и у психически здоровых людей, отвечая за

функционирование их когнитивных способностей /66/. Разные комбинации одних и тех же генов могут по-разному проявлять себя в зависимости от условий окружающей среды. Поэтому в многофакторной модели развития психических расстройств речь идет не о том, что в них обусловлено наследственностью, а что — средой. Здесь речь может идти о том, какой *аспект расстройства* обусловлен генетически, а какой — влиянием социального окружения.

Биохимические факторы отвечают за скорость и эффективность передачи нейронных импульсов, специфичность рецепторов, характер взаимодействия нервных клеток между собой, инициацию и настройку нервных процессов. К биохимическим факторам относят биогенные амины (дофамин, норадреналин, серотонин) и аминокислоты, деятельность эндокринной и иммунной систем. Биогенные амины являются наиболее значимыми нейромедиаторами. *Дофамин* обеспечивает целесообразное и целенаправленное поведение за счет регулирования процессов восприятия, внимания и познания. Чрезмерное снижение или повышение функционально оптимального для обычной среды обитания человека уровня дофамина может привести к нарушению психической регуляции процесса взаимодействия организма и окружающей среды. *Норадреналин* имеет функцию активации, синхронизации и согласования различных нейронных процессов, обеспечивая концентрацию внимания, бодрствование, эмоциональный фон настроения. *Серотонин* выполняет противоположную функцию инактивации нейронных процессов, отвечая за расслабление, покой и сон. Нередко психические расстройства связаны с изменением оптимального баланса норадреналина и серотонина. Различные аминокислоты обеспечивают необходимый уровень возбуждения нейронных процессов, связанных с научением и памятью, а также выполняют функции ингибиторов.

Эндокринные процессы обеспечивают адаптивные способности к психоэмоциональным нагрузкам, оптимизируют способность ЦНС реагировать на внешние стимулы, мобилизуют энергетические резервы организма при стрессах.

Несмотря на обнаруженную связь ЦНС и *иммунных процессов*, до сих пор не ясно, как иммунная система может определять психические процессы. Пока наиболее изучены воздействия ЦНС на характер иммунных процессов (психоэмоциональный стресс приводит к снижению иммунных параметров, что создает уязвимость к соматическим и инфекционным заболеваниям или провоцирует организм на борьбу против своих собственных клеток).

Нейрофизиологические факторы выступают материальной основой психических процессов, т. е. тем, посредством чего осуществляется психическая деятельность человека. Любой психический процесс — восприятие, внимание, память, эмоции — связан с какими-то физиологическими переменными. Нейрофизиологические процессы ориентировки и габитуации[5] определяют то, что выбирает человек из непрерывного потока раздражителей в качестве специфических и информативных для реализации своих целей признаков среды. Изменения электрической проводимости в нейронных цепях приводят к изменениям в распознавании тех или иных характеристик хорошо знакомого раздражителя. Память реализуется посредством соединений взаимно возбуждающихся клеток, в результате чего возникают «нейронные ансамбли» — конструкции из совокупностей нейронов и их синаптических связей, образующих сравнительно устойчивую во времени систему. Каждому воспринимаемому событию соответствует свой «ансамбль» (пространственно-временной код). Следовательно, нарушения памяти могут быть связаны с искажениями «нейронных ансамблей», хранящих информацию о событиях. Нейрофизиологические механизмы эмоций исследованы еще недостаточно: о них стало известно только во второй половине XX в., когда были обнаружены мозговые центры удовольствия и неудовольствия (положительных и отрицательных эмоций), локализованные в основном в гипоталамусе и в архипалеокортексе. Электроэнцефалографические исследования показали доминирование определенных частот в ЭЭГ-активности при разных эмоциональных состояниях. Одной из гипотез является то, что в гипоталамусе происходит интеграция соматических и вегетативных компонент эмоциональной активности, а на более высоком мозговом уровне (в гиппокампе, миндалине и неокортексе) представлены операции, необходимые для вызова эмоций /1/. Таким образом, нейрофизиологические структуры являются механизмами реализации эмоциональных состояний, обеспечивая специфические поведенческие реакции на средовые раздражители. Однако взаимосвязь психических и нейрофизиологических процессов еще не означает однозначных причинно-следственных отношений: психические расстройства не обязательно всегда вызываются дисфункцией нейрофизиологической активности мозга. Исследования пластичности и функциональной реорганизации головного мозга не позволяют предполагать каузальность только в одном направлении — от мозга к психике. Жизненный опыт и

---

[5] *Габитуация* — привыкание, угасание физиологической реактивности при повторяющихся действиях одного и того же раздражителя в определенном промежутке времени.

обучение в гораздо большей степени определяют организацию коры больших полушарий, чем это было принято считать в традиционной клинической психологии и медицине /21/.

К *психофизиологическим факторам* психических расстройств относится общая физиологическая активность организма, влияющая на протекание психических процессов. Психофизиологическими факторами является деятельность центральной и периферической (автономной) нервной системы, нервно-мышечная активность, деятельность сердечно-сосудистой, дыхательной, желудочно-кишечной, эндокринной систем. Все эти факторы связаны с процессами активации психики в условиях, побуждающих к кратковременным или стойким функциональным изменениям психической деятельности. К психофизиологическим факторам можно отнести длительные перегрузки — соматические, эмоциональные, обусловленные болезнью, — которые приводят к нарушениям психической деятельности в результате приписывания им той или иной роли при субъективном восприятии человеком физиологических сигналов своего организма. Используя психофизиологические параметры, можно увидеть изменения в переработке информации, которые играют решающую роль в клинике некоторых психических расстройств, например, шизофрении, при которой наблюдается сниженное торможение нерелевантных ситуации сигналов, проникающих в сознание и влияющих на психотическую симптоматику.

Личностные факторы связаны с влиянием приобретенных в ходе развития (социализации и воспитания) психологических черт, повышающих уязвимость перед возникновением психических и поведенческих расстройств. Интегральной личностной способностью, обеспечивающей гибкую адаптацию к различным стрессовым ситуациям, является способность *совладания* со стрессом (*копинг*). Совладание связано с наличием у человека психических сил, позволяющих открыто признавать имеющиеся проблемы с целью дальнейшего их разрешения. В психологии существуют различные теории, рассматривающие условия возникновения этой способности и акцентирующие внимание на разных аспектах ее формирования: психоанализ, теории социального научения, гуманистические концепции и др. В общем способность к совладанию связана с оценкой ситуации: способностью заметить критические изменения, с которыми нужно справиться, и способностью оценить имеющиеся внутренние и внешние ресурсы для решения проблемы. Вместо совладания, ориентированного на решение, человек может прибегать к стратегии психологической защиты (совладание только на эмоциональном уровне).

Способность к совладанию чаще всего раскрывается в *понятии психологического типа личности*: сочетании характерологических черт, обеспечивающих эффективную или неэффективную адаптацию к изменчивым условиям жизни. Эти характерологические черты формируются в опыте детско-родительских отношений и в определенных стратегиях взаимодействия родителей и педагогов с детьми.

Другими личностными факторами, возникающими в процессе социализации, являются *эмоциональная стабильность*, *выносливость* (под этим здесь понимается система представлений о себе и мире, которые поддерживают человека во взаимодействии со стрессовыми событиями), *самоэффективность*, *локус контроля* и др.

К *социально-психологическим факторам* психических расстройств относятся характеристики общения и межличностного взаимодействия, статусно-ролевые позиции в общении и взаимодействии, а также социальные установки (аттитюды) и представления. Они могут иметь разный *уровень влияния* на возникновение нарушений: прямое, опосредованное, модерирующее, дополнительное, поддерживающее.

Прямое действие оказывает такой фактор, как социальная депривация (лишение общения и взаимодействия с желаемыми или необходимыми для личности социальными объектами, лишение внимания со стороны других людей, изоляция). Но чаще всего социально-психологические факторы имеют значение опосредующих, модерирующих, дополнительных или поддерживающих влияний.

Изменение характеристик общения и взаимодействия у человека с отклонениями в психической деятельности чаще всего связано с тем, что социальное окружение ориентировано на другие — *стандартные*, *общепринятые формы проявления* отношения и обращения. Поэтому свойственные людям с психическими отклонениями формы общения и взаимодействия не вписываются в стандартные правила, здоровые люди начинают избегать общения с такими людьми, отклоняющиеся люди в силу личностных особенностей не в состоянии гибко ответить на это избегание (или предотвратить его), что поддерживает и усугубляет их психологический дискомфорт (болезненность). Часто именно отсутствие взаимности поведенческих реакций и понимания *(«поддерживающей коммуникации»)* провоцирует дальнейшее развитие отклонений и способствует превращению их в болезнь.

Вследствие несоответствия принятым правилам общения и взаимодействия люди с психическими отклонениями рассматриваются окружающими как *социально некомпетентные*. При этом социальная компетентность содержательно охватывает не только социальное

поведение, но и соответствие стандартам проявления в общении таких психических функций, как восприятие, мышление, память, воображение, эмоции. Таким образом, нарушения хотя бы в одной области психики с неизбежностью влекут (по принципу «падающего домино») нарушения во всех остальных сферах личности. Ярким примером этого является концепция возникновения поведенческих расстройств у людей с шизофренией. Имеются эмпирические основания полагать, что поведенческие нарушения у шизофреников возникают вследствие преобладания негативных эмоциональных сообщений в их общении с окружающими людьми (родственниками, персоналом клиник). Негативные эмоциональные сообщения могут передаваться только по одному из каналов коммуникации (вербальному или невербальному). В этом случае человек, страдающий когнитивными нарушениями, также реагирует не только на негативную информацию, но и на несогласованность модальности информации, поступающей по разным каналам общения. Провоцирующими поведенческие расстройства являются критические комментарии, враждебные замечания, повышенное эмоциональное участие, подавляющие высказывания по отношению к человеку, имеющему психическое отклонение.

Отклонение от общепринятых стандартов психической деятельности и поведения запускает у окружающих процессы избирательного внимания к человеку с отклонениями и к пристрастным выводам в отношении наблюдаемого поведения, которым свойственна атрибуция — приписывание предполагаемых причин отклонения. Нередко именно в результате избирательности внимания и атрибуции то или иное отклонение начинают считать болезнью. Общество навешивает на нестандартное поведение ярлык болезни, с которым связано исполнение больным определенных социальных ролей. И как результат мы имеем дело с феноменом «самоисполняющихся пророчеств»: ожидание негативных последствий отклонения приводит к их появлению.

Социологические факторы связаны с характеристиками социального пространства, в котором совместно проживают люди с психическими и поведенческими отклонениями и люди, соответствующие общепринятым кормам. К этим факторам относятся: доступность помощи, поддержки, соответствие предлагаемой помощи реальным потребностями и нуждам людей с отклонениями, возможность организации жизни с учетом индивидуальных особенностей психики людей с отклонениями от общераспространенных нормативов, материальные условия жизни (бедные люди заболевают значительно чаще). *Социальное неравенство* является ведущим социологическим фактором, ответственным за возникновение и развитие психических расстройств. Социальное неравенство означает неравенство жизненных условий и шансов людей, которые сталкиваются с поражением в правах и ограничениями в доступе к распределению благ из-за своих психических и личностных особенностей. В результате этого одни люди (психически «здоровые», соответствующие нормам) оказываются в лучшем положении, тогда как другие (психически «больные») — в худшем, дискриминированном положении. Люди с отклонениями оказываются исключенными из сформированного большинством членов общества жизненного стиля, что способствует развитию отклонения в такую форму, как «болезнь».

Контрольные вопросы к разделу

1. В чем различия нейробиологического и информационного подхода к психической деятельности?

2. Как определяется норма в клинической психологии? На какие виды норм ориентируется клинический психолог в своей работе?

3. Чем различаются понятия «патология» и «расстройство»?

4. Какие подходы существуют в клинической психологии к определению здоровья? Перечислите психологические механизмы, обеспечивающие здоровье.

5. Каковы основные отличия биомедицинской модели болезни от биопсихосоциальной?

6. По каким принципам можно разграничить индивидуальные особенности психики человека и психопатологические синдромы?

7. Какие этапы можно выделить в развитии психических расстройств?

8. На какие факторы следует обращать внимание при оценке условий возникновения психических расстройств?

Литература для дополнительного чтения

1. *Алейникова Т. В.* Возрастная психофизиология. — Ростов-на-Дону: Изд-во ООО «ЦВВР», 2000.

2. *Гроф С.* За пределами мозга. — М.: Изд-во Трансперсонального института, 1993.

3. *Клиническая* психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб.: Питер, 2002.

4. *Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. — М.: МЕДпресс, 1999.

5. *Н. А. Носов.* Сознание и психика (Глава 3) // Многомерный образ человека: Комплексное междисциплинарное исследование человека. — М.: Наука, 2001.

6. *Финзен А.* Психоз и стигма. — М.: Алетейя, 2001.

Цитируемая литература

1. *Алейникова Т. В.* Возрастная психофизиология. — Ростов-на-Дону: Изд-во ООО «ЦВВР», 2000.

2. *Анохин П. К.* Философские аспекты теории функциональной системы. — М.: Наука, 1978.

3. *Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедтер Л.* Мозг, разум, поведение. — М.: Прогресс, 1988.

4. *Выготский Л. С.* История развития высших психических функций // Выготский Л. С. Собр. соч.: В 6 т. Т. 3. — М.: Педагогика, 1983.

5. *Декарт Р.* Страсти души // Декарт Р. Соч.: В 2 т. Т. 1. — М.: Мысль, 1989.

6. *Клиническая* психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб.: Питер, 2002.

7. *Леонтьев А. Н.* Очерк развития психики // Леонтьев А. Н. Избранные психологические произведения: В 2 т. Т. 1. — М.: Педагогика, 1983.

8. *Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. — М.: МЕДпресс, 1999.

9. *Психические* расстройства и расстройства поведения (F00-F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации / Под общ. ред. Б. А. Казаковцева, В. Б. Голланда. — М.: Минздрав России, 1988; Ростов-на-Дону: ЛРНЦ «Феникс», 1999.

10. *Психогенетика* / И. В. Равич-Щербо, Т. М. Марютина, Е. Л. Григоренко. Под ред. И. В. Равич-Щербо. — М.: Аспект-Пресс, 2002.

11. *Рубинштейн С. Л.* Основы общей психологии: В 2 т. Т. 1. — М.: Педагогика, 1989.

12. *Селье Г.* Стресс без дистресса. — М.: Прогресс, 1979.

13. *Судаков К. В.* Теория функциональных систем. — М.: Изд-во РАН, 1996.

14. *Ясперс К.* Собрание сочинений по психопатологии. В 2 т. — М.: Издательский центр «Академия»; СПб.: Белый кролик, 1996.

15. *Engel G. L.* The need for a new medical model: A challenge for biomedicine // Science. 1977. Vol. 196. № 4286.

Раздел 3. Методология клинико-психологического исследования.

Цель клинико-психологического исследования — дать психологическую оценку личностной или поведенческой проблемы (психического расстройства) для последующего принятия решения о способах оказания профессиональной помощи.

Основными задачами проведения клинико-психологического исследования являются:

— *дифференциальная диагностика нарушений психической деятельности*;

— *анализ структуры и установление степени психических нарушений*;

— *определение уровня психического развития пациента, характеристик его/ее личности*;

— *оценка динамики психических нарушений во времени*;

— *решение экспертных задач*.

Диагностический процесс — это процесс различения нормы и патологии. Он проводится через анализ различной информации о развитии и жизни человека с целью сделать выводы о природе и причинах имеющейся проблемы. Диагностический процесс завершается постановкой диагноза — определением характера расстройства. Следует различать медицинский и клинико-психологический диагноз. Медицинский диагноз фокусируется на формальном отнесении видимой психологической проблемы к конкретной таксономической единице — наиболее подходящему названию, включенному в принятую систему классификации. Правильное определение названия расстройства автоматически предопределяет возможный круг его причин и соответствующее воздействие на них посредством специфического лечения.

Клинико-психологический диагноз представляет собой *психологический анализ проблемы* (оценка поведения, психических функций и эмоций, состояния личности и внешних обстоятельств нарушения). Фактически клинико-психологический диагноз представляет не просто правильное распознавание и выбор подходящего названия расстройству, а описание особенностей поведения, мыслей и чувств, характерных для того или иного психического расстройства.

Клинико-психологическая диагностика включает следующие компоненты:

— *описание* проблемы или расстройства (главные и сопутствующие признаки; степень выраженности — продолжительность, интенсивность, частота возникновения и глубина проблемы; обстоятельства, при которых происходит возникновение или обострение патологического состояния);

— *формальная классификация* проблемы или расстройства (определение типа);

— *объяснение* возможных причин или условий возникновения проблемы или расстройства;

— *прогноз* развития проблемы или расстройства (формулирование предположений о развитии патологического состояния в определенных обстоятельствах);

— *общая психологическая оценка* (позволяет составить дальнейший план действий и затем оценить их эффективность в процессе сравнения оценки до начала и после окончания терапевтических воздействий).

В диагностике можно выделить два противоположных подхода: *объясняющий* и *понимающий*. Первый связан с **нозологической** парадигмой клиническо-психологической диагностики, второй — с **описательно-феноменологической**. В нозологической парадигме психолог опирается на общие выводы, применимые к широким группам людей. В описательно-феноменологической парадигме психолог делает акцент на уникальной ситуации развития конкретного ребенка или семьи.

Нозологическая парадигма предлагает рассматривать психическую деятельность как набор отдельных процессов и состояний, каждый из которых тесно связан с определенным биологическим основанием — морфо-функциональным субстратом. За каждым психическим состоянием стоит конкретный биологический процесс. Таким образом, признаки нарушений психической деятельности полагаются объективными по своему происхождению, поскольку в них отражаются вполне конкретные нарушения морфо-функциональной основы (патогенез, вызванный каким-то этиологическим фактором). Следовательно, распознавание по отдельным признакам скрытого органо-патологического процесса позволяет определить суть и причины наблюдаемого расстройства. Нозологический подход заставляет врача и клинического психолога видеть в особо протекающей психической деятельности прежде всего внешние симптомы скрытой патологии или болезни. При этом диагност трактует проявления психической деятельности и поведения с позиции человека, который лучше пациента осведомлен о действительных (объективных) причинах того или иного состояния. Вопрос же соотношения нормы и патологии из сферы психического переносится в область биологического, тогда как на практике патология часто трактуется произвольно на основе соотнесения собственного понимания истоков поведения и состояния пациента с социальными нормами.

Ведущий нозологический принцип диагностики — принцип *объяснения*, который основывается на понятности или непонятности для стороннего наблюдателя (психолога или врача) поведения человека и особенностей его психической деятельности.

Основной акцент в нозологически ориентированной клинико-психологической диагностике делается на *различении отдельных признаков* расстройства и определении их связи с патологическим процессом. Патологические признаки обозначаются с помощью *системы симптомов*.

Симптом — это строго фиксированное по форме описание признака, соотнесенного с определенной патологией.

Другими словами, симптом есть обозначение *патологического* признака. Не каждый признак является симптомом, а только тот, для которого установлена причинно-следственная связь с патологией. Психопатологические симптомы делятся на *позитивные и негативные*.

Позитивные симптомы обозначают признаки патологической продукции психической деятельности (вновь возникающие признаки, которых не было ранее). К ним относятся сенестопатии, галлюцинации, бред, тоска, страх, тревога, эйфория, психомоторное возбуждение. ***Негативные симптомы*** включают признаки ущерба, изъяна, дефекта психического процесса. Например, гипомнезия, амнезия, апатия.

Совокупность всех симптомов образует ***симптомокомплекс***, в котором можно выделить ряд закономерно сочетающихся друг с другом симптомов, образующих ***синдром***.

Синдром — это строго формализованное описание закономерного и устойчивого сочетания симптомов.

В синдроме выделяют *обязательные, дополнительные и факультативные* симптомы. ***Обязательный симптом*** указывает на происхождение расстройства. ***Дополнительный симптом*** отражает тяжесть, выраженность расстройства (могут отсутствовать в конкретных случаях). ***Факультативный симптом*** связан с модифицирующим влиянием различных факторов. Среди обязательных симптомов бывает один (тогда это простой синдром, например, астенический) или два и более (тогда это сложный синдром).

Использование понятий симптома и синдрома позволяет описать состояние пациента строго формализованно, поскольку раскладывает целостную психическую деятельность на отдельные типичные единицы, что важно для распознавания сущности нарушения.

На проявление симптомов влияют такие факторы, как возраст, пол и культура, в которой воспитывался человек (контекст поведения).

В детском и подростковом возрасте очень сложно провести четкую границу между болезненными нарушениями и допустимыми отклонениями в психическом развитии, поскольку психика и личность ребенка еще только развиваются. В детской клинической психологии, придерживающейся нозологического принципа диагностики расстройств, действует нормативистский подход к определению психической нормы и патологии, который заключается в следующем: нормой считается то, что соответствует социально определенным задачам развития личности ребенка на каждом возрастном этапе. Например, в нашей культуре ожидается, что в период от двух до пяти лет ребенок должен овладеть речью, сформировать привычку к туалету, получить навыки самообслуживания; в период от шести до одиннадцати лет должны появиться учебные навыки, подчиняемость правилам и простые проявления личной ответственности и т. д. Для каждой возрастной группы в культуре также определены допустимые, считающиеся нормальными отклонения в поведении: например, до пяти лет нормальными считаются эгоизм, страхи, нежелание вовремя ложиться спать, а в возрасте до одиннадцати лет — дух противоречия, неспособность к устойчивой концентрации внимания или застенчивость.

В соответствии с социально предписанными задачами психического развития ребенка выделяют так называемые «критические» возрасты. Суть «кризисов» на самом деле заключается в том, что ребенок в ходе индивидуального развития либо слишком быстро, либо слишком медленно достигает предписанных обществом для каждого возраста задач развития. Дело в том, что при достижении ребенком определенного «критического» возраста у окружающих его взрослых изменяются ожидания и требования, предъявляемые к личности ребенка. Несоответствие индивидуальных особенностей психики и поведения ребенка этим ожиданиям и являются причиной беспокойства взрослых в отношении его «нормальности», т. е. соответствия норме-нормативу.

Вместе с тем в детской клинической психологии наряду с выраженным нормативистским уклоном есть тенденция рассматривать процесс психического развития в тесной связи с формированием биологически целесообразного оптимума функционирования органических процессов, обеспечивающих психическую активность ребенка. Чем меньше возраст ребенка, тем большую роль в проявлении патологической симптоматики играют именно биологические нарушения процесса развития. С увеличением биологического возраста биологические факторы из причинных становятся факторами предрасполагающих внутренних условий, взаимодействующих с причинными факторами социально-психологического плана. Так, в возрасте **до трех лет** основными критериями патологического развития служат изменения на *соматовегетативном уровне* (повышение температуры, судорожной готовности, усиление потливости, нарушения сна, пищеварения и аппетита). В возрасте **от четырех до семи лет** основным критерием выделения патологических симптомов становится уровень *психомоторного возбуждения* (усиленная активность, дефицит внимания, тики, навязчивости). В возрастном периоде **от пяти до десяти лет** основным критерием является *способ аффективного реагирования* (тревожно-фобические симптомы). И в возрасте **одиннадцати-семнадцати лет** на первое место в симптоматике выдвигаются симптомы нарушений на эмоционально-идеаторном уровне (сверхценные идеи, болезненные мысли, содержание межличностных отношений, направленность социального взаимодействия).

Так как оценка патологичности тех или иных проявлений психики и поведения ребенка связана с ожиданиями взрослых, обнаруживаются значительные гендерные различия в проявлении тех или иных клинико-психологических симптомов. Так, ожидание от девочек большей покорности и подчиняемости может привести к тому, что «неожидаемая» повышенная агрессивность и двигательная активность девочки чаще будет диагностирована психологом как «патология». Культурные нормы также ответственны за то, что у девочек чаще проявляются непрямые агрессивные реакции: вербальные атаки, сплетни, остракизм или возмездие «третьему» лицу («козлу отпущения»). Наконец, культура определяет и то, какие формы поведения детей считаются нормальными и ненормальными в отношениях между собой или со взрослыми.

Например, самостоятельность и спонтанность в поведении ребенка в возрасте до 10 лет или отказ посещать школу в возрасте после 10 лет в разных культурах может быть расценена как в терминах патологии, так и нормы.

Описательно-феноменологическая парадигма клинико-психологического исследования не придерживается четкого разграничения нормальной и нарушенной психической деятельности (или поведения). Здесь существенное значение для диагностики имеют целостные субъективные переживания пациента и его собственные трактовки своего состояния. Феноменологически ориентированное клинико-психологическое исследование опирается на ***четыре основных принципа****: принцип понимания, принцип эпохе (воздержания от суждения), принцип беспристрастности и точности описания, принцип контекстуальности*.

Принцип понимания предполагает анализ субъективного смысла, который пациент вкладывает в те или иные феномены, которые нам кажутся странными, ненормальными. Ведь один и тот же внешний феномен после акта понимания может быть назван аутизмом либо интроверсией; амбивалентностью либо нерешительностью; резонерством или демагогией.

Принцип эпохе предполагает, что необходимо абстрагироваться от синдромального мышления и не пытаться укладывать наблюдаемые феномены в нозологические рамки.

Принцип беспристрастности и точности описания заключается в требовании исключить любые присущие диагносту субъективные интерпретации состояния пациента с позиций собственного жизненного опыта, моральных установок и прочих оценочных категорий. А также он предполагает тщательный подбор слов для описания состояния пациента.

Принцип контекстуальности подразумевает, что феномен не существует изолированно, а является частью общего восприятия и понимания человеком окружающего мира и самого себя. Контекстуальность позволяет определить место, адекватность условиям и меру осознания пациентом того или иного психического феномена.

Существует **четыре метода** клинико-психологического исследования: *беседа (интервью), эксперимент, наблюдение за поведением пациента, анализ истории жизни (сбор анамнеза)*.

Клинико-психологическое интервью (беседа) — это метод получения информации об индивидуально-психологических особенностях личности и психологических состояниях. От обычного расспроса интервью отличается тем, что оно имеет направленный диалогический характер и направлено не только на идентификацию явно предъявляемых признаков патологии, но и на распознавание скрытых признаков, а также на более точное понимание существа проблемы.

Принципы клинико-психологического интервью:

— *однозначность и точность вопросов*;

— *доступность*;

— *проверяемость и адекватность*;

— *беспристрастность*.

Принцип однозначности и точности подразумевает однозначное формулирование вопросов, не допускающее разнообразия в понимании того, о чем спрашивает диагност пациента (например, вопрос «Испытываете ли вы на себе психическое воздействие?» неоднозначен, поскольку под воздействием можно понимать разные вещи: инопланетян, других людей, сильные переживания и т. д.).

Принцип доступности предполагает, что диагност обращается к пациенту на понятном ему языке, соответствующем его социальному статусу, уровню знаний, словарному запасу, культурным особенностям.

Принцип адекватности требует уточнения содержания одинаковых слов, которыми пользуются пациент и психолог для исключения неверной интерпретации ответов.

Принцип беспристрастности предполагает контроль диагноста над тем, не навязывает ли он пациенту своих представлений о наличии у пациента патологии.

Само интервью (беседа) состоит из двух частей. Первая часть — *установление психологического контакта*. Это наиболее важный и сложный этап, способный повлиять на качество полученных результатов. Как правило, при работе с детьми и подростками клинический психолог сталкивается с тем, что ребенка приводят на прием взрослые: родители и педагоги. Причиной обращения к клиническому психологу становится *проблемное с точки зрения взрослых* поведение ребенка. Поэтому дети часто не понимают, почему им нужно беседовать с психологом и участвовать в каких-то обследованиях. Поэтому первичное клинико-психологическое интервью никогда не следует ориентировать на получение информации: его лучше начинать с ситуативной поддержки, уточнения самочувствия и способности участвовать в исследовании, объяснения целей и задач встречи психолога с ребенком, акцентируя внимание на наличии у него права

отказаться от диагностической процедуры. Однако, если быть откровенным, подобные же задачи нередко решаются и клиническим психологом, работающим со взрослыми людьми (например, с пациентами психиатрических клиник).

Вторая часть интервью — *беседа во время эксперимента* — больше характерна для нозологической парадигмы клинической психологии. Содержание этой беседы всегда зависит от поставленной задачи.

В описательно-феноменологической парадигме клинико-психологическое интервью является главным методом обследования личности, тогда как наблюдение и психологическое тестирование (эксперимент) играют вспомогательную роль и зачастую вовсе не используются.

Клинико-психологическое интервью может быть *полуструктурированным и свободным*. ***Полуструктурированное интервью*** включает в себя обязательный список специфических вопросов, касающихся конкретной проблемы, по поводу которой взрослые обратились за помощью к психологу. Оно позволяет психологу за короткий период собрать полную информацию, необходимую для постановки психологического диагноза, и прояснить все необходимые аспекты проблемы. Полуструктурированные интервью составляются на основе таксономических (синдромальных) признаков психических или поведенческих расстройств и облегчают классификацию проблемы в универсальных определениях болезней. Вопросы в таких интервью направлены на идентификацию симптомов расстройства, определение типичных ситуаций их проявления, интенсивность и глубину нарушений, семейный и межличностный контекст. Эффективность проведения структурированного интервью определяется двумя факторами: 1) качеством межличностного контакта психолога и ребенка; 2) гибкостью проведения интервью (учет психологом индивидуального состояния ребенка, ситуации обследования и особенностей жизни ребенка). Преимуществом использования полуструктурировнного интервью является то, что нередко люди не склонны сразу делиться с психологом важной диагностической информацией. Недостатком является то, что обследуемые этим способом часто не склонны рассказывать психологу больше того, о чем были заданы вопросы.

Свободные клинико-психологические интервью помогают сформировать наиболее полную информацию об актуальных проблемах ребенка и ситуации, в которой он находится. Свободное интервью позволяет детям и взрослым спонтанно высказывать свои наиболее актуальные, не навязанные психологом мысли и чувства, как это и бывает с ними в повседневном общении. Многие психологи разрабатывают индивидуальный стиль вовлечения своих клиентов в свободное диагностическое интервью, используя различные «приманки» — видеоигры, игрушки, совместная деятельность (игра, бытовое общение). При работе с маленькими детьми целесообразно сначала вовлечь в игру или совместную деятельность одного из близких ребенка, которому он доверяет (например, начать работу с совместного раскрашивания или рисования картинок). В ходе свободного интервью необходимо собрать информацию о восприятии ребенком самого себя и других людей, узнать его обычные поведенческие реакции в разнообразных ситуациях общения и взаимодействия. При таком интервью важной может оказаться любая информация, касающаяся взглядов ребенка на ситуацию обращения к психологу, обследование, а также его интерпретации случившегося и других основных жизненных событий.

В первичном клинико-психологическом интервью, проводимом любым методом, важно провести обследование психического статуса. Информация о психическом статусе представляет собой впечатление психолога от общения с клиентом. Такое обследование позволяет выделить те аспекты поведения, которые необходимо подвергнуть более тщательному анализу, сопоставить жалобы (самого ребенка или взрослых) со сложившимся впечатлением. **Психический статус** включает в себя пять параметров:

— *внешний вид обследуемого*;

— *коммуникабельность и поведение во время беседы и тестирования*;

— *настроения и эмоции*;

— *интеллект*;

— *особенности восприятия себя, времени и окружающей реальности*.

Для оценки *внешнего вида* необходимо обратить внимание на наружность, соответствие внешнего облика возрасту, походку, одежду, внешний вид (опрятный, неопрятный), используемые позы и жесты, выражение лица.

Коммуникабельность и поведение во время беседы и тестирования дает информацию о сформированности социальных навыков общения и взаимодействия, об уровне моторного возбуждения, отношении к факту беседы с психологом (раздражение, агрессия, стремление вызвать к себе симпатию, оборонительная позиция, апатичность, сарказм) и адекватности

поведения ситуации. Коммуникабельность также позволяет оценить процесс мышления: целостность или разорванность, подвижность, уместность, обстоятельность.

Настроения и эмоции характеризуют психологическое состояние обследуемого (мрачность, напряженность, безысходность, возмущение, уверенность, печаль, эйфория, боязнь и т. д.).

Интеллект характеризуется словарным запасом, уровнем образованности, наличным запасом знаний, способностью понимать связи вещей и явлений, делать выводы.

Особенности восприятия себя, времени и окружающей реальности характеризуют способность человека знать время, место, кто он и где находится, а также характеризуют уровень сознания (ясное, спутанное, помраченное), адекватность самооценки, наличие нарушений восприятия.

Клинико-психологический эксперимент — это искусственное создание условий, выявляющих особенности психической деятельности человека в болезненных состояниях. Он строится по принципу функциональных проб. Роль специфической нагрузки в экспериментально-психологическом исследовании (ЭПИ) принадлежит заданиям, выполнение которых требует актуализации психических функций. ЭПИ осуществляется с помощью *нестандартизированных и стандартизированных методик*.

Нестандартизированные методики получили название *патопсихологических*.[6] Заключение при использовании этих методик делается не по результату, а по содержательному анализу способа выполнения целого ряда заданий.

Стандартизированные методики включают в себя различные тесты и личностные опросники.

Существует ***два принципа подбора методик для экспериментально-психологического исследования***: 1) сочетание методик, позволяющих более полно и всесторонне исследовать проявления психической деятельности; 2) сочетание близких по направленности методик, что повышает надежность полученных результатов. Обычно в одном исследовании применяют 8-9 методик.

В выборе методик ЭПИ играют роль следующие обстоятельства.

1. Цель исследования — дифференциальная диагностика, определение глубины дефекта, изучение эффективности терапии.

2. Образование и жизненный опыт больного.

3. Особенности контакта с больным (например, слабовидящий пациент).

В процессе исследования методики предлагаются по возрастающей сложности (за исключением испытуемых, от которых ожидается симуляция).

Наблюдение за поведением — это способ оценки мыслей, чувств и поступков ребенка в определенном социальном окружении. Оно позволяет сформулировать гипотезу о природе проблемы и план ее коррекции. Если в интервью мы имеем дело с внутренней картиной расстройства или проблемы, в эксперименте мы моделируем различные ситуации, выявляющие особенности протекания психических процессов, то в наблюдении мы видим реальные проявления особенностей психики ребенка в ситуациях социального взаимодействия и реальные проблемы, связанные с этими особенностями, с которыми ребенок сталкивается в повседневной жизни. Наблюдение за поведением может осуществлять сам психолог или человек, имеющий возможность вести наблюдение (родитель, педагог, медработник). Наблюдение приобретает особое значение при работе с детьми, поскольку здесь к психологу обращается не сам ребенок, а окружающие его взрослые. Следовательно, предъявляемая ими проблема может существенно отличаться от того, что на самом деле требует вмешательства. Перед организацией наблюдения психолог должен определить то, на какие поведенческие симптомы будет обращено особое внимание наблюдателя. Нередко для наблюдения используется заранее составленная оценочная таблица.

В наблюдении используется следующая схема обследования:

1) сначала описываются события, непосредственно предшествующие проявлению расстройства;

2) потом (безоценочно!) описываются проявления нарушения;

3) после чего идет описание последствий, с которыми сталкивается проблемный ребенок.

В процессе наблюдения можно обнаружить большое число факторов, влияющих на функционирование и проявление расстройства. В случае, когда наблюдение осуществляется не

[6] Более подробно патопсихологический эксперимент освещен в ч. III «Патопсихология».

психологом, а людьми из окружения ребенка (пациента), возникает возможность косвенной оценки мотивации и роли этих лиц в актуализации расстройства.

Объектом клинико-психологического наблюдения может стать не только непосредственное поведение, но и поведение в ситуациях ролевых взаимодействий, организуемых психологом.

Анализ истории жизни включает в себя получение информации о потенциально значимых этапах развития и жизненных событиях, повлиявших на проявление симптомов расстройства. Эта информация обычно касается следующего круга вопросов:

— рождение ребенка и связанные с этим события (беременность, осложнения при родах, употребление матерью психоактивных веществ в течение беременности);

— развитие ребенка (возраст, в котором ребенок начал ходить, говорить, приучился к туалету, получил навыки самообслуживания);

— медицинская история (травмы, несчастные случаи, операции, сопутствующие заболевания, принимаемые в прошлом и сейчас медицинские препараты);

— характеристика и история семьи (возраст семьи и родителей, род занятий родителей, их образование, сведения о психических болезнях родственников);

— социальные навыки ребенка (особенности его межличностных отношений с родителями, педагогами, медработниками, друзьями, другими детьми, в какие игры играет, какую деятельность предпочитает);

— история образования ребенка (когда пошел в детский сад или школу, какова его успеваемость, какие школы посещал ранее, имеет ли дополнительные занятия, каковы отношения с учителями и одноклассниками);

— информация о досуге и личных отношениях со сверстниками (если речь идет о подростке);

— описание попыток справиться с расстройством до обращения к психологу;

— ожидания окружающих в отношении этого ребенка.

3.1. Построение клинико-психологического исследования.

Различают несколько этапов клинико-психологического исследования. Первый — до знакомства с пациентом — ***этап формулирования клинической задачи***. Сюда включается беседа с людьми, окружающими ребенка: педагогами, родителями, друзьями, одноклассниками, врачами — по поводу особенностей его поведения и личности, возникающих проблем[7]; определение характеристик систем межличностных отношений проблемного ребенка (социальные условия его жизни), оценка материальных и культурных обстоятельств его жизни; ознакомление с общим состоянием физического здоровья: нет ли сопутствующих соматических заболеваний, не получает ли ребенок психотропные вещества. Нежелательно проведение исследования после бессонной ночи, физического переутомления, натощак или сразу после еды. Повторные исследования лучше проводить в то же время, что и первичные. На этом этапе составляется предварительный план исследования: выбор методик, их очередность.

Второй этап — ***беседа с пациентом***. Беседу нужно начинать с расспроса паспортных данных, на основании чего составляется первое суждение о состоянии памяти. Затем уточняется состояние памяти (кратковременная и долговременная — даты собственной жизни, исторические события, недавние события), оценивается внимание, характеризуется состояние сознания: ориентировка во времени, месте и собственной личности. Вопросы необходимо задавать в непринужденной, естественной манере, как в обычной беседе. Также выясняется отношение пациента к своему заболеванию, проблеме, разъясняется цель ЭПИ. В дальнейшей беседе выясняются особенности личности (до заболевания и на настоящий момент), оценка происходящих изменений, оценка самочувствия, работоспособности, определяется культурно-образовательный уровень.

Третий этап — ***экспериментально-психологический***. Выполнению каждого задания должна предшествовать инструкция, которая должна определять ситуацию исследования и обеспечивать сотрудничество психолога и пациента. Небрежно поданная инструкция может привести к неадекватным результатам. Инструкцию необходимо предварительно испытать до начала ЭПИ. Она должна быть максимально лаконичной, соответствовать умственным способностям пациента,

[7] С врачом обсуждаются вопросы особенностей течения основного заболевания ребенка, диагностических или терапевтических проблем, имеющихся у врача в связи с психологическими особенностями ребенка, ознакомление с историей болезни (анамнез, течение болезни, результаты исследований, прием лекарств, психический статус).

исключать возможность разноречивого понимания. Возможно использование предварительных примеров. Если пациент не справляется с заданием, важно совместно обсудить причины этого. Также важно оценить, принимается помощь со стороны психолога пациентом или отвергается им (негативизм, нарочитость = сопротивление). Необходима полная и точная запись обстоятельств проводимого эксперимента, высказываемых пациентом суждений.

Четвертый этап — ***составление заключения***. Заключение всегда должно быть ответом на вопрос, поставленный перед психологом. Единой формы заключения нет. Но заключение никогда не является простым повторением протокола исследования. Важна характеристика психического состояния на основании полученных данных, должны быть отмечены особенности поведения, отношение к исследованию, наличие установочного поведения, выделяются ведущие патопсихологические особенности (синдромы), указываются особенности протекания психических процессов (например, темп реакций, истощаемость, устойчивость), описываются сохранные стороны психической деятельности. Допускается приведение характерных ярких примеров. В конце делается резюме, отражающее наиболее важные данные (например, структуру патопсихологического синдрома). Заключение не должно быть категоричным по стилю утверждений.

Контрольные вопросы к разделу

1. Для чего проводится клинико-психологическое исследование?
2. Что включает в себя клинико-психологическая диагностика?
3. Чем отличается нозологическая парадигма клинико-психологического исследования от описательно-феноменологической?
4. Что такое симптом и синдром?
5. Какие виды психопатологических симптомов вы знаете?
6. Какие методы клинико-психологического исследования вы знаете?
7. Каковы особенности проведения клинико-психологического интервью?
8. Чем определяется выбор методик для экспериментально-психологического исследования?
9. Что такое психический статус?
10. Сколько этапов выделяют в клинико-психологическом исследовании?

Литература для дополнительного чтения

1. *Зейгарник Б. В.* Принципы построения патопсихологического эксперимента // Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. — М.: Когито-Центр, 2000.

2. *Клиническая* психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб.: Питер, 2002.

3. *Мэш Э., Вольф Д.* Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. — СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003.

4. *Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. — М.: МЕДпресс, 1999.

5. *Николаева В. В., Соколова Е. Т.* Рекомендации к составлению психологических заключений // Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. — М.: Когито-Центр, 2000.

Раздел 4. Типология нарушений психической деятельности.

4.1. Нарушения ощущений и восприятия.

Ощущение и восприятие относятся к сфере чувственного познания и ориентирования в окружающем мире. ***Ощущение*** — это самый простой психический процесс отражения отдельных свойств и качеств среды при непосредственном воздействии на специфические рецепторы органов чувств физических, химических, механических и других раздражителей. По виду рецепторов различают *экстероцептивные, интероцептивные и проприоцептивные ощущения*. ***Экстероцептивные ощущения*** дают общую информацию о состоянии внешней среды обитания человека. ***Интероцептивные ощущения*** сообщают о событиях, происходящих внутри организма (иногда их называют висцероцептивными, когда речь идет о сигналах, исходящих от внутренних органов). ***Проприоцептивные ощущения*** сигнализируют о позиции, местоположении и движении тела или его частей, они отвечают за пространственную ориентацию. Имеются две

группы проприоцепторов: вестибулярные и кожно-кинестетические (т. е. находящиеся в коже, мышцах, сухожилиях и суставах). Кроме того, у человека имеются несколько специфических видов ощущения, которых нет у животных: времени, ускорения и вибрации. В норме далеко не все существующие раздражители воспринимаются на уровне ощущений, однако и субсенсорные раздражители (находящиеся за нижним и верхним порогами чувствительности) оказывают влияние на ощущения. В норме пределы субсенсорной области невелики, тогда как у отдельных людей эта область может увеличиваться.

Восприятие есть осмысленный и опосредованный словом процесс отражения совокупности свойств и качеств, который зависит от цели жизнедеятельности. Поэтому восприятие характеризуется активностью, пристрастностью и мотивированностью. Совокупность ощущений в восприятии складывается в виде конструируемого сознанием целостного образа реальности на основе предоставляемой ощущениями информации. Особенностью восприятия является то, что даже при ограниченной по объему или содержанию сенсорной информации в восприятии конструируется целостный образ предмета или явления. Восприятие представляет собой необходимую предпосылку для анализа и познания окружающего мира, регуляции и контроля поведения, а также оно оказывает влияние на чувства и настроения. Восприятие предполагает взаимодействие самых разных психических процессов: внимание, память, мотивационно-эмоциональные и т. п. Таким образом, нарушения на уровне восприятия могут косвенным образом приводить к изменению других психических функций.

В зависимости от того, какой орган чувств принимает преимущественное участие в восприятии, различаются зрительное, слуховое, осязательное, обонятельное, вкусовое восприятие. Выделяют также сложные формы восприятия, такие, как восприятие пространства, движения и времени.

Содержание образа восприятия зависит от самого воспринимающего субъекта: в нем всегда сказываются особенности личности воспринимающего, его отношение к воспринимаемому, потребности, интересы, устремления, желания, чувства. При восприятии какого-либо предмета активизируются и следы прошлых восприятий. Существенным фактором, влияющим на содержание восприятия, является установка субъекта.

Образы предметов или явлений, существующие в отсутствие самих этих предметов или явлений, называют ***представлениями***. Представления выполняют функцию замещения, символизации объектов реальности, поэтому они соотносятся как с несуществующими в реальности предметами и явлениями, так и с существующими в прошлом или будущем.

Функциональная специализация коры головного мозга влечет за собой то, что различные модальности восприятия репрезентируются в различные области коры. При этом внутри специализированных участков имеется дополнительная функциональная специализация. Структурные повреждения или нарушения физиологических механизмов в этих областях приводят к нарушению функций восприятия в соответствующей модальности.[8]

На структурном уровне возникновению расстройств ощущения и восприятия способствуют сосудистые заболевания, травмы, опухоли головного мозга, гипоксия, дегенеративные заболевания (деменции, атрофии).

На уровне нарушения физиологических механизмов расстройства ощущения и восприятия возникают при шизофрении и аффективных расстройствах.

Следует особо оговорить, что невозможно четко разграничить нарушения восприятия и внимания, поскольку внимание является интегральной психической функцией: оно участвует и в восприятии (управляя им), и в когнитивной переработке информации. Однако в диагностике нарушений восприятия можно определить ведущую причину, которая может быть первичной (структурное или функциональное поражение коры) или вторичной (расстройство внимания, аффективной, мотивационной сфер). При нарушении физиологических механизмов нарушения восприятия взаимодействуют с нарушениями внимания, аффективной и мотивационной сфер.

Не любое нарушение процесса ощущения и восприятия является признаком психического расстройства. Нарушения возможны при определенных условиях, таких, как временные функциональные нарушения деятельности ЦНС, например, переутомление, а также «зашумленность» внешнего фона восприятия. Патологическими признаются только те расстройства ощущений и восприятия, которые приводят к резкому нарушению познания окружающего и формированию психических расстройств.

Нарушения чувственного познания можно классифицировать по разным основаниям: *по органам чувств* или по *уровню восприятия*.

По органам чувств выделяют *зрительные, слуховые, осязательные (тактильные), обонятельные и вкусовые* расстройства.

---

[8] Более подробно об этом см. ч. II «Основы нейропсихологии».

К ***зрительным расстройствам*** относят:

— снижение или усиление остроты зрения;

— нарушения цветового восприятия;

— искажения пространственного восприятия;

— выпадение отдельных полей зрения;

— нарушения зрительного узнавания (агнозии);

— иллюзии и галлюцинации.

К ***нарушениям слуха*** относят:

— нарушения восприятия громкости, высоты, тембра или темпа (ритма) звуков;

— нарушения узнавания шумов и сигналов (слуховая агнозия);

— слуховые иллюзии и галлюцинации;

— интероцептивные шумы (ощущение шума в ушах в отсутствие внешнего раздражителя).

К ***тактильным нарушениям*** относят:

— расстройства способности локализации очага раздражения;

— расстройства ощущений давления, температуры, влажности, боли;

— нарушения различения внешних признаков объектов;

— иллюзорные ощущения и осязательные галлюцинации;

— нарушение восприятия схемы тела.

К ***нарушениям обоняния и вкуса*** относят:

— частичную или полную потерю обонятельных или вкусовых ощущений;

— потерю взаимосвязи между определенным запахом и вкусом и типичным для них объектом;

— инверсию привычных запахов и вкусов (приятные запахи или вкусы воспринимаются как отвратительные или наоборот).

По *уровню восприятия* выделяют следующие типы нарушений в сфере чувственного познания:

На уровне ощущений		**На уровне восприятия**			**На уровне представлений**
Изменение порога чувствительности	Сенестопатии	Психосенсорные расстройства	Агнозии	Иллюзии	Галлюцинации

Такая классификация объединяет нарушения функционирования во всех органах чувств по общим для каждого из них признакам, что более удобно для взаимодействия клинического психолога с нозологически мыслящими психиатрами и невропатологами, ориентированными на синдромальный, а не описательный анализ расстройств.

В основе нарушений ощущений лежит изменение *порога чувствительности*: снижение или повышение уровня ощущений по отношению к норме. Снижение порога — *гиперестезия* — представляет собой усиление восприимчивости, интенсификацию ощущения, что в крайних случаях может приводить к раздражению, несдержанности, гневу, дискомфорту. Повышение порога может проявляться в виде гипестезии или анестезии. *Гипестезия* — снижение восприимчивости, понижение чувствительности. *Анестезия* — полная нечувствительность при анатамо-физиологической сохранности (психическая слепота, утрата вкусов, способности распознавать запахи, утрата чувства боли).

Сенестопатии — это проецирование каких-то ощущений внутрь телесного «Я» (термические ощущения — жжет, печет, леденит; ощущение движения жидкостей — пульсация, переливание, закупоривание сосудов; ощущения передвижения, натяжения и т. д.). Соматические боли в отличие от сенестопатий всегда локализованы, имеют стереотипное содержание, связаны с анатомическими границами и расположением органов. Боли, возникающие при поражении нервов или сосудов (парестезии), в отличие от сенестопатий проецируются на поверхность кожи или появляются при определенных движениях.

С сенестопатическими нарушениями процесса ощущения в клинической психологии связана **проблема интрацепции** (восприятие внутреннего состояния организма).

В норме интрацептивные раздражители относятся к субсенсорной области психики. Основная масса интрацептивных ощущений связана с болезненными состояниями. Причиной перехода интрацептивных раздражителей в область ощущений служат патологические изменения во внутренней среде организма. Таким образом, эти раздражители выполняют сигнальную функцию,

начиная более сильно воздействовать на специфические рецепторы. Однако в клинической практике нередко можно встретить феномен субъективно отчетливых интрацептивных ощущений, для которых отсутствуют соответствующие материальные причины.

Первоначально разделения интрацептивных ощущений на истинные и ложные в науке не существовало: Гиппократ и Гален всегда связывали их с заболеваниями внутренних органов, находящихся ниже края реберной дуги — *hypohondrion* («ипохондрия»). **Ипохондрией** в клинической психологии называют *представление* человека о наличии у него заболевания, которое возникает вследствие *сенестопатии* (собственно болезненных ощущений).

В XIX в. причиной ипохондрии стали считать нарушения чувствительности нервных рецепторов. Параллельно концепции «нервизма» в качестве причины ипохондрии была выдвинута концепция «психической болезни» — патологического расстройства функции воображения.

Эти две концепции ипохондрии сохраняются до сегодняшнего дня. Последователи концепции ипохондрии как психического расстройства на уровне представлений рассматривают ее как вид галлюцинаций — ложных восприятий своего тела. Современные последователи концепции «нервизма» ищут причину уже не только в периферическом поражении нервных окончаний, но и в расстройстве функционирования специфических участков коры больших полушарий. Они полагают, что в результате функционального ослабления контролирующей (тормозящей) деятельности коры слабые импульсы, идущие от здоровых внутренних органов, пробиваются на уровень осознания и ощущаются как болезненные. Функциональное ослабление корковых процессов возбуждения и торможения, как полагают, развивается вследствие временного патологического импульса со стороны внутреннего органа, который вызывает в коре формирование ответной реакции в виде стойкого доминирующего очага возбуждения и, соответственно, физиологической готовности к интрацептивным ощущениям. Таким образом, на психологическом уровне расстройства ощущений ипохондрического типа оказываются связанными с нарушениями восприятия своего тела. Интрацептивные сигналы начинают оцениваться как источник угрозы для личности, что формирует соответствующий эмоциональный фон — повышенную тревожность.

Обе концепции имеют равную доказательную силу, поэтому в клинической психологии можно встретить разделение ипохондрии на *психогенную* и *органическую*.

Психогенные ипохондрические расстройства возникают тогда, когда вследствие определенной психотравмирующей ситуации у человека оскудевают социальные связи, т. е. сокращается экстрацептивное общение с внешним миром. В норме наше сознание ориентировано на влияния внешней среды, тогда как при ипохондрии оно переключается внутрь. И человек страдает не столько от неприятных ощущений, сколько от уверенности в своей болезни, вытекающей из необычности ощущений.

Органические ипохондрические расстройства могут быть связаны с нарушением в деятельности нервной системы на *периферическом, стволовом* и *кортикальном* уровнях.

На ***периферическом уровне*** происходит изменение активности рецепторов вегетативной нервной системы, и раздражения, исходящие из внутренних органов, вызывают множество подпороговых суммирующихся импульсов, что приводит в возбуждение подкорковые узлы. Под влиянием перевозбуждения в таламусе и диэнцефальных системах происходит изменение самоощущения и восприятия тела. И затем в патологический процесс вовлекается кора.

На ***стволовом уровне*** первично поражаются стволовые механизмы передачи нейронных импульсов от рецепторов в кору. В связи с этим развиваются нарушения самочувствия, эмоций, восприятия интрацептивных импульсов. На первое место выходит повышенная тревожность, человека начинают беспокоить навязчивые нозоманические идеи.

На ***кортикальном уровне*** первично поражаются корковые системы (скорее всего — височно-базальные), что выражается в изменении субъективной оценки своего состояния (переоценка тяжести), развиваются парестезии.[9]

Далеко не у всех людей с сенестопатиями развивается ипохондрия. И не у всех людей с ипохондрией встречаются сенестопатии /22/. Этот факт трудно объясним в рамках нейробиологической парадигмы, где считается, что сенестопатии выступают исходным пунктом формирования ипохондрических представлений: сначала сенсорные ощущения, а потом их рационализация. При этом действительно получается, что субъективные представления, переживания и мотивы человека никакого существенного значения в развитии ипохондрического расстройства не имеют. Они якобы только «искажают» или «скрывают» истинную — психофизиологическую — причину нарушения. В рамках же альтернативного нейробиологическому — психологического подхода к психическим нарушениям следует признать,

---

[9] См. ниже «тактильные иллюзии».

что расстройства ощущений как личностная и поведенческая (а не биологическая) проблема человека могут быть связаны не столько с нарушением материального субстрата, сколько с фактором активной (а не реактивной) психической организации чувственного познания. Психика не просто воспринимает («отражает») идущие от рецепторов сигналы, она организует сам процесс ощущения и восприятия в соответствии с первоначально заданной субъективной целью взаимодействия с миром. Такой подход открывает новую постановку вопроса возникновения сенсорных психических расстройств как на самостоятельную психологическую, а не только психофизиологическую проблему. Следовательно, разделение психопатологии ощущений на собственно психологическую и физиологическую составляющие методологически бесперспективно, когда речь именно о болезненных (а значит — субъективно воспринимаемых как болезненные) проявлениях сенсорной психики.

В основе расстройств восприятия лежит нарушение *процесса идентификации* субъективного образа с воспринимаемым объектом (узнавание). В случае *психосенсорных расстройств* искажается процесс восприятия объекта или его признаков. В случае *агнозий* затрудняется процесс узнавания воспринимаемых объектов. В случае *иллюзий* возникающий субъективный образ не соответствует реальному объекту и полностью его замещает.

Психосенсорные расстройства возникают у людей, начиная с дошкольного возраста, и обнаруживаются в двух формах:

1. *Искаженное восприятие* ***объектов внешнего мира***: их величины и размеров, формы, постоянства цветовой гаммы, пространственного положения и устойчивости, количества и целостности, ощущение замедления или ускорения течения времени. Встречаются системные искажения восприятия объектов внешнего мира — ***дереализации***. При дереализациях реальный мир представляется мертвым, нарисованным, неестественным, человек может отмечать необычное восприятие освещенности, цветовой раскраски. Мир кажется как бы во сне. Дереализации обычно возникают не раньше возраста 6-7 лет;

2. *Искаженное восприятие* ***собственного тела***: нарушения схемы тела, положения его частей, веса, объема и т. д. Системные искажения восприятия собственного тела называются ***деперсонализацией***. При деперсонализации человек убежден в том, что его физическое и психическое «Я» каким-то образом изменилось, но объяснить конкретно, как изменилось, он не может. При изменении восприятия телесного облика говорят о соматической деперсонализации. Она проявляется в чувстве измененности, отчужденности или отсутствия частей тела или внутренних органов, а также их функций. Если больной ощущает изменения своего психического «Я», говорят об аутопсихической деперсонализации. Она проявляется в виде недостаточной отчетливости восприятия больным процессов мышления, памяти, чувств и собственно восприятия. Чувство измененности восприятия при деперсонализации носит целостный характер и сопровождается обычно мучительным сопоставлением восприятия в данный момент с воспоминаниями о прежнем восприятии. Синдром соматической и аутопсихической деперсонализации длительно существует при психических расстройствах и редко встречается у детей младше 10-12 лет.

Возникают психосенсорные расстройства обычно эпизодически (от нескольких секунд до нескольких минут) и обычно сопровождаются чувством страха. Соматические и аутопсихические деперсонализации при психических расстройствах могут существовать длительно. Распад целостности образа восприятия может быть столь выраженным, что становится невозможным узнавание объектов. В этом случае говорят об *агнозиях*.

Агнозии[10] — затруднения узнавания предметов и звуков — связаны с нарушениями *процесса синтеза (обобщения) признаков* в процессе конструирования целостного образа реальности. В целом агнозии связаны с изменениями смысловой стороны восприятия. Они развиваются вследствие поражений коры головного мозга и ближайших подкорковых структур (вторичных и третичных зон слухового, зрительного и тактильного анализаторов). Чувствительность сохраняется, а вот способность к анализу и синтезу информации утрачивается. Обычно агнозии имеют длительный затяжной характер (длятся от нескольких недель до нескольких лет).

По органам чувств выделяют *зрительные, тактильные и слуховые агнозии*.

Зрительные агнозии подразделяются на:

— *тотальную агнозию* (неузнавание предметов или их изображений);

— *симультанную агнозию* (узнавание предметов и их изображений, но неузнавание изображения ситуации, в которой участвуют эти предметы);

— *агнозию цвета* (цвета различает, но не узнает цвета предметов) и шрифтов (пишет, но не может прочитать);

[10] Более подробно агнозии рассматриваются в ч. II «Основы нейропсихология».

— *пространственную агнозию* (нарушение ориентировки в пространственных признаках изображения);

— *лицевую агнозию*;

— *географическую агнозию* (неузнавание маршрута или местности).

Тактильная агнозия выступает в виде:

— *астереогнозии* (предметы не воспринимаются на ощупь, не распознается материал, из которого они состоят, — агнозия текстуры, или агнозия пальцевая, когда не идентифицируются пальцы рук);

— *соматогнозии* (не узнается схема своего тела).

Слуховая агнозия связана с нарушением узнавания знакомых звуков (например, одна из разновидности слуховой агнозии — амузия — неузнавание музыкальных звуков).

Следует различать истинные агнозии и псевдоагнозии. ***Псевдоагнозии*** имеют дополнительный элемент, которого нет в агнозиях: диффузное, недифференцированное восприятие признаков. Псевдоагнозии возникают при серьезных интеллектуальных нарушениях — деменциях. Дело в том, что восприятие, освобожденное от организующей функции мышления, становится рассредоточенным: несущественные признаки предметов могут становиться в центре внимания, что и приводит к неправильному узнаванию (лошадь воспринимается как птица, потому что уши стоят торчком, а на то, что лошадь впряжена в телегу, внимание не обращается). При псевдоагнозиях также страдает ортоскопичность: перевернутые предметы уже не воспринимаются, тогда как показанные в прямой экспозиции — узнаются.

Иллюзии (от лат. *illusio* — ошибка, заблуждение) — это неадекватное отражение воспринимаемого объекта, несоответствие субъективного образа реальному предмету. Различают аффективные, вербальные, слуховые, тактильные, обонятельные и зрительные иллюзии (парейдолии и псевдопарейдолии). Чаще встречаются зрительные и слуховые иллюзии, а у детей по сравнению со взрослыми чаще встречаются зрительные иллюзии. У психически здоровых людей при определенных условиях также могут наблюдаться такие ошибки восприятия, как иллюзии. Это так называемые *физиологические иллюзии*. Примером их являются миражи в пустыне, голоса, слышимые в шуме ветра, и т. д. Известны также *оптические иллюзии* в восприятии величины, формы, удаленности предметов, основанные на законах физики.

Аффективные иллюзии — это иллюзии любых органов чувств, возникающие под влиянием сильных эмоций (страх, гнев) при наличии слабого специфического раздражителя (слабая освещенность, слышимость) и с признаками астении. Содержание такой иллюзии всегда связано с ведущим аффектом.

Вербальные иллюзии представляют собой искажения слухового восприятия, когда, например, вместо нейтральных звуков и шумов, обрывков речи человек «слышит» осмысленную, целостную речь (чаще всего брань, угрозы, осуждение, но не обязательно). Вербальные иллюзии можно перепутать с другим психическим расстройством — бредом, однако при бреде человек слышит и пересказывает реальные фразы, вкладывая в них иное содержание, иной контекст. Здесь же человек «слышит» то, чего на самом деле не говорят. Вербальные иллюзии связаны с тем, что отдельные слуховые раздражители «конструируются» сознанием в осмысленную речь — целостный слуховой образ, содержание которого целиком определяется актуальным состоянием человека.

Слуховые иллюзии связаны с искаженным восприятием силы звука (звук кажется более громким), расстояния до источника звука (источник звучания воспринимается ближе или дальше реального источника звука), ритма звучания.

Тактильные иллюзии связаны с неадекватным восприятием силы тактильного ощущения (при соответствующей психологической установке любое, даже нейтральное прикосновение вызывает боль). К тактильным иллюзиям относятся ***парестезии*** — восприятие нейтрального тактильного ощущения как щекотки, зуда, жжения или ощущения того, что по телу ползают насекомые или змеи (этот вид парестезии называют формикацией — от лат. *formica* — муравей). При тактильных иллюзиях также могут нарушаться восприятие размера, формы, положения конечности, движения тела. К тактильным иллюзиям относится и так называемый синдром «чужой руки», когда своя собственная часть тела воспринимается как чужая.

Обонятельные или вкусовые иллюзии проявляются в форме субъективного изменения (инверсии) качества ощущений (сладкое кажется кислым, благовоние ощущается как зловоние).

Зрительные иллюзии (или иначе — ***парейдолии***) представляют собой восприятие отдельных, не связанных между собой зрительных ощущений целостными, осмысленными образами. К зрительным иллюзиям также относится искаженное восприятие пространственных, цветовых, количественных (например, два или три вместо одного предмета) характеристик.

Парейдолические иллюзии обычно возникают при сниженном тонусе сознания на фоне различных интоксикаций и являются важным диагностическим признаком.

Если эти иллюзорные образы дереализуются (т. е. появляется чувство искусственности в сочетании с бредовым толкованием), то такое расстройство называется ***псевдопарейдолиями***.

Следует отметить, что наличие отдельных иллюзий в изолированном виде не является признаком психического заболевания, а лишь свидетельствует об аффективной напряженности или переутомлении. Только в сочетании с другими расстройствами психики они становятся симптомами определенных расстройств. Если иллюзорное восприятие является проявлением психического расстройства, говорят о патологических иллюзиях. Основным отличием физиологических иллюзий от патологических является коррегируемость и критичность больного к их содержанию. В таких случаях изменение условий восприятия (улучшение освещенности или изменение функционального состояния ЦНС), а также включение воспринимаемых образов в предметную деятельность приводят к тому, что человек обнаруживает свою ошибку и иллюзия разрушается. При патологических иллюзиях критичность больного к их содержанию, еще имеющаяся на начальных этапах развития болезни, снижается, иллюзии носят стойкий характер, их интенсивность снижается только по мере позитивного изменения болезненного состояниях в ходе лечения и ремиссии.

Физиологические особенности мозговых процессов у детей и психологические особенности их восприятия способствуют тому, что иллюзорные расстройства восприятия возникают у них довольно часто. В детском возрасте иллюзии наблюдаются при инфекционных заболеваниях и интоксикациях. Возможно также появление их у детей, страдающих неврозами, психопатией, эпилепсией, шизофренией и др. Иллюзии могут регистрироваться даже в раннем возрасте, начиная с 1,5-2 лет у детей, способных к вербализации собственных переживаний. Иллюзии, как правило, связаны с различными эмоциональными реакциями, которые зависят от содержания иллюзорных образов, но чаще всего эти эмоции бывают отрицательными.

Галлюцинациями называют представления, воспринимаемые как реальные объекты (иными словами, это восприятие того, чего на самом деле нет в актуальной реальности как реально существующего или действующего). При галлюцинациях человек не может отделить свое представление (субъективный образ реальности) от восприятия реальности. Если иллюзии могут встречаться и у психически больных, и у здоровых людей, то наличие галлюцинаций всегда свидетельствует о тяжести психопатологической симптоматики. Галлюцинации относят к позитивной психопатологической симптоматике, которая встречается при психозах.

Галлюцинаторные образы могут быть единичными и множественными. Они могут быть сюжетно связаны друг с другом. Они могут быть также простыми и сложными. При простых, элементарных галлюцинациях больные видят отдельные вспышки света, слышат отдельные шумы, шорохи. Простые галлюцинации возникают в одном анализаторе. При сложных галлюцинациях (в их формировании участвуют два и более анализаторов) галлюцинаторные образы являются содержательными: больные видят различные одушевленные и неодушевленные предметы, фантастических существ, слышат связную содержательную речь, музыку и т. п.

Существуют истинные галлюцинации и псевдогаллюцинации. При ***истинных галлюцинациях*** галлюцинаторный образ, как и при обычном восприятии, проецируется в окружающую среду и оценивается больным как объект действительности. Образы истинных галлюцинаций настолько ярко чувственно окрашены, что критика к ним полностью отсутствует, поэтому больные действуют в соответствии с их содержанием, вступают с ними в контакт.

При ***псевдогаллюцинациях*** человек в состоянии отделить свое субъективное представление от восприятия объективной реальности. Человек признает, что его образы имеют дереалистический характер, т. е. он осознает их как нечто аномальное, ненастоящее. Нередко псевдогаллюцинаторные образы воспринимаются как навязанные, чужие. Тогда у человека развивается чувство воздействия со стороны, навязывания образа (синдром Кандинского—Клерамбо). Псевдогаллюцинации также характеризуются тем, что ложные ощущения проецируются в субъективное, а не во внешнее пространство (например, «голоса» внутри головы, которые воспринимаются как чужие, не свойственные самой личности).

Различают зрительные, слуховые, тактильные, обонятельные и вкусовые галлюцинации. Чаще всего встречаются зрительные и слуховые галлюцинации (у детей преобладают зрительные галлюцинации, а у взрослых — слуховые).

Зрительные галлюцинации заключаются в ложном зрительном восприятии несуществующих (не видимых для других людей) объектов или сцен. При этом человек уверен в том, что эти объекты или сцены не есть только лишь продукт его сознания, поскольку они воспринимаются им как реально существующие.

Слуховые галлюцинации заключатся в том, что человек слышит несуществующие звуки. При простых слуховых галлюцинациях слышится бормотание, капающая вода, шепот, тиканье часов, шаги, хлопанье в ладоши. При сложных слуховых галлюцинациях человек слышит мелодии, музыку, голоса других людей.

К ***тактильным галлюцинациям*** причисляют феномен редупликации частей тела (ощущение фантомных частей тела, например удаленных после хирургического вмешательства) или всего тела (ощущение фантомного телесного «двойника», как своего собственного, так и других людей — например, ощущение, что кто-то лежит рядом или кто-то другой навалился сверху).

Галлюцинации обоняния и вкуса связаны с восприятием несуществующих запахов и вкусов.

Существуют возрастные особенности проявления галлюцинаций. У детей чаще возникают элементарные галлюцинации при измененном сознании, хотя возможно их появление и на фоне ясного сознания. В дошкольном возрасте чаще встречаются зрительные галлюцинации, персонажами которых выступают герои сказок, мультфильмов. При этом зрительные образы, как правило, фрагментарны (дети видят отдельные части фигуры — лицо, лапу и т. п.). Псевдогаллюцинации, особенно слуховые, редко появляются у детей младше 10-12 лет.

Более часто в детском возрасте встречаются *галлюцинации воображения*. Они возникают спонтанно на фоне образных представлений, фантазий и являются как бы продолжением этих актуальных для больных представлений. Распространенным вариантом галлюцинаций воображения является феномен «оживления» неодушевленных предметов — картин, игрушек и т. п.

Гипнагогические галлюцинации, которые наряду с галлюцинациями воображения и псевдогаллюцинациями относят к незавершенным, также встречаются у детей чаще, чем истинные галлюцинации. Под *гипнагогическими галлюцинациями* понимают спонтанно возникающие при засыпании преимущественно зрительные образы, которые проецируются в темное поле зрения закрытых глаз или во внешнее неосвещенное пространство при открытых глазах. Их содержание может воспроизводить отдельные впечатления и образы, воспринятые ребенком в течение дня. Подобные галлюцинации нередко наблюдаются у здоровых, особенно впечатлительных детей, детей с ярко выраженным эйдетизмом. Патологические гипнагогические галлюцинации не связаны с образами повседневных впечатлений, необычны, нередко фантастичны и сопровождаются аффектом страха.

Принято считать, что галлюцинации, в отличие от иллюзий, возникают в отсутствие реального раздражителя. Субъективно они ничем не отличаются от непатологических образов реальности, т. е. всегда воспринимаются как внешние события, которые имеют выраженную чувственную окраску. Проецирование вовне, яркая чувственность, а также непроизвольность возникновения (неподконтрольность) делает невозможным для человека отличение реального образа от галлюцинации.

В клинической психологии существуют различные теории, объясняющие возникновение галлюцинаций. Исторически первая теория основывается на павловской интерпретации физиологии высшей нервной деятельности и рассматривает галлюцинации как результат интенсификации представлений (при усилении тормозных процессов представления как физиологически более слабый раздражитель начинают проецироваться вовне и приобретать черты восприятия). Вторая концепция трактует галлюцинацию как следствие поражения локальных участков коры головного мозга. Согласно третьей теории, галлюцинация — это продукт нарушения деятельности нейронных рецепторов.

В настоящее время достоверно установлено, что галлюцинации возникают как после структурных повреждений головного мозга (вторая теория), так и при нарушениях физиологических процессов в коре головного мозга (третья теория). Галлюцинации возникают в результате поражения структур или физиологических механизмов высшей нервной деятельности, в которых происходит переработка и кодирование информации. Изменение биохимии мозга в результате нарушения локального кровообращения или действия токсичных веществ, потеря афферентного потока информации из-за повреждения периферических отделов системы восприятия — все это приводит к появлению галлюцинаций, которые фактически замещают утраченную информацию о реальности, восстанавливая или сохраняя целостность ее образов в сознании. Возникновению галлюцинаций способствует обособление нейронной активности: те механизмы центральной нервной системы, которые «ответственны» за зрение, слух, речь, осязание, обоняние и вкус, при блокировании или изменении соответствующего афферентного потока начинают самостоятельно продуцировать схожие образы с целью сохранения целостного и осмысленного восприятия реальности. Из-за отсутствия возможности сличения реального и продуцируемого образов реальности субъективная реальность начинает восприниматься как «подлинная» и конкурировать с последней или даже доминировать над ней. Нарушение коркового контроля за продукцией образов реальности может вызвать дисбаланс между

концептуализирующими и исправляющими механизмами высшей нервной деятельности, что приводит к ложным восприятию, истолкованию и оценке впечатлений.

Сторонники четвертой концепции, выдвинутой С. Я. Рубинштейн, считают, что галлюцинации формируются в условиях затрудненного восприятия (мозг «достраивает» образ из слабоулавливаемых сигналов). Дело в том, что даже у здоровых людей в условиях затруднения психической деятельности возникают иллюзии и даже галлюцинации (в барокамерах, в изоляции, у слабовидящих и слабослышащих). Слабоулавливаемые сигналы вызывают усиленную ориентировочную деятельность анализаторов, при этом запускается процесс создания образа из этих сигналов.

Вообще же следует иметь в виду, что под влиянием сильного перенапряжения галлюцинации могут возникать на непродолжительное время и у здоровых людей, поэтому они не всегда имеют болезненный характер. Следовательно, далеко не в каждом случае галлюцинации следует причислять к разряду патологических феноменов.

4.2. Нарушения произвольных движений и действий.

Моторные расстройства можно разделить на *органические* и *психогенные* двигательные расстройства. При органических двигательных расстройствах патологические изменения происходят в костно-мышечной и нервной системах организма. Психогенные двигательные расстройства имеют функциональный характер и определяются действием психологического фактора. Нарушения произвольных движений и действий связаны с расстройством функции *инициации* и расстройствами *выполнения*.

Произвольное движение инициируется намерением или замыслом человека (целью). Намерение или замысел приводят к обращению за находящимися в памяти специфичными для ситуации двигательными программами (план действия) или запускают процесс формирования адекватной оригинальной программы (если подходящая модель в памяти отсутствует). Выбор программы (плана) осуществляется согласно ситуативным критериям.

Нарушения волевой регуляции действий и движений составляют основу всех рассматриваемых расстройств, поскольку существенным признаком произвольного акта является целенаправленное приложение усилий для его реализации согласно выбранному плану. В случае нарушения произвольной стороны моторики речь идет об обособлении цели как организующего компонента действия и самого действия, которое не вписывается в контекст ситуации его осуществления и выглядит лишенным смысла, «странным».

На *этапе инициации* нарушения произвольных движений часто связаны с тем, что в нужный момент, когда возникает намерение (цель) осуществить движение, блокируется доступ к соответствующей моторной программе: она становится *недоступной*. В результате цель не реализуется с помощью необходимых для ее выполнения движений. При этом, когда цель не становится намерением (т. е. не осознается), действия, необходимые для ее осуществления, могут быть выполнены. Но при малейшем волевом усилии (например, в случае просьбы совершить только что осуществленное действие) выполнить его становится невозможно.

Другим вариантом расстройства инициации действия, напротив, является *непроизвольное* (автоматическое) совершение таких движений или действий, которые в норме являются не автоматическими (рефлекторными), а произвольными. При этом из программы выпадает цель совершения произвольного движения или действия, оно становится неадекватным ситуации, в которой осуществляется движение или действие. Примером непроизвольной инициации двигательной программы могут служить *тики*.

Тиком является непроизвольное, быстрое, повторяющееся, неритмичное движение (обычно вовлекающее ограниченные группы мышц) или действие, которое начинается внезапно и явно бесцельно. Помимо двигательных тиков существуют вокальные тики. И двигательные, и вокальные тики бывают простыми и сложными. *Простые двигательные тики* состоят из подмигиваний, пожиманий плечом, гримасничания. *Сложные двигательные тики* могут проявляться в виде поколачивания себя, подпрыгивания и скакания. *Простые вокальные тики* проявляются в виде покашливания, лая, фыркания, шмыгания носом и шипения. Сложные вокальные тики заключаются в повторении или выкрикивании слов, иногда непристойного содержания (копролалия), или в повторении только что произнесенных собственных звуков или слов (палилалия). Наиболее ярким примером личности, страдающей сложным вокальным тиком, является известный герой телеэкрана Винни Пух.

У детей в возрасте 4-5 лет могут встречаться преходящие тики, что само по себе является не расстройством, а крайним вариантом возрастной нормы развития. Патологическими можно

считать хронические тики, нарушающие процесс социального взаимодействия человека. Среди болезненных тиков особое место занимает **синдром Жиля де ля Туретта**. Этот синдром представляет собой сочетание множественных двигательных и вокальных тиков. Наиболее часто такое расстройство произвольных движений и действий возникает в детском или подростковом возрасте. При этом ребенок вполне осознает всю неадекватность своего поведения, но периодически испытывает с трудом сдерживаемые приступы к совершению подобных действий.

Как правило, тики могут быть самопроизвольно подавлены на короткий промежуток времени, после чего опять возникает позыв к совершению бессмысленных действий.

В большинстве случаев тики имеют психогенное происхождение: они часто сопровождают эмоциональные нарушения и задержки психического развития. Обострение тиков связано с действием стрессовых факторов.

В отличие от неврологических нарушений, тики как психологическое нарушение отличает легкость, с которой они могут быть спровоцированы или подавлены, внезапность приступа и его быстрая динамика, исчезновение симптомов во время сна. Неритмичность отличает тики от стереотипных повторяющихся действий, характерных для аутизма или умственной отсталости. В отличие от навязчивых движений, тики не определяются сознательно поставленной целью.

Третьим вариантом расстройства функции инициации произвольных действий и движений является *утрата способности выбирать* (формировать) адекватный план (программу) действия. Человек не может выбрать необходимый план действия, в результате чего поставленная цель не достигается. Причиной этого является нарушение *внимания*.

Внимание представляет собой не столько самостоятельный психический процесс, сколько состояние различных когнитивных процессов, которое заключается в их направленности на определенные объекты и явления, имеющие для личности значимость в конкретный момент деятельности. Основными *параметрами нарушения функции внимания* являются:

— *нарушения направленности (избирательности)*;

— *нарушения концентрации (устойчивости) — отвлекаемость*;

— *нарушения интенсивности (непрерывность) — истощаемость*;

— *нарушения объема*;

— *нарушения распределения и переключаемости*.

Рассеянность внимания — это нарушение способности длительно сохранять направленность на актуально необходимый для реализации цели действия предмет. Для произвольного движения или действия важно, чтобы восприятие ситуации было избирательным, направленным и достаточным по времени (устойчивым), чтобы несущественные для достижения цели стимулы окружающей среды не инициировали излишних и ненужных моторных программ. Нарушение направленности связано с неспособностью выбрать наиболее адекватный для реализации цели предмет.

Истощаемость внимания представляет собой прогрессирующее ослабление интенсивности (непрерывности) внимания в процессе работы при изначально высокой способности к концентрации. При этом страдает поглощенность действием. Если вначале внимание может быть осознанно направлено на ситуативно значимый стимул, то через некоторое время он перестает разделяться от других, незначимых для действия стимулов, человек начинает отвлекаться, включаются другие программы действий и движений.

Сужение объема внимания — уменьшение количества информации, которую человек может запомнить или переработать за короткий промежуток времени. Например, когда учитель что-то объясняет, то одни ученики могут воспринять (т. е. понять и запомнить) один объем информации из его речи, а другие — значительно меньший.

Тугоподвижность внимания — затруднения переключения с одного объекта на другой.

Утрата способности к выбору необходимой программы действия, вызванная нарушениями функции внимания, может проявляться в виде гиперактивности, несдержанности, неконтролируемых двигательных реакций в ответ на внешние стимулы.

Сочетание в поведении детей *невнимательности, гиперактивности* и *импульсивности* характеризуется как ***гиперкинетическое расстройство с дефицитом внимания (ГРДВ)***. Оно характеризуется ранним началом — обычно в первые пять лет жизни ребенка. Гиперактивность является специфическим признаком расстройства. Просто невнимательность без проявления гиперактивности и импульсивности свидетельствует о других расстройствах поведения ребенка.

Поведение ребенка с ГРДВ характеризуют следующие **признаки**:

— *часто возникающее рассредоточение внимания при выполнении заданий или во время игры, совершение «легкомысленных» ошибок в учебе (например, знает правило, но пишет с ошибками)*;

— *неспособность слушать собеседника (из-за частой отвлекаемости)*;

— *«непослушание», не имеющее цели осознанного противостояния родителям или педагогам (неспособность выполнять указания, школьные задания, домашнюю работу, цель и задачи которых ребенок понимает, но не достигает)*;

— *неспособность организовать свою деятельность*;

— *неохотное выполнение задач, которые требуют продолжительных умственных усилий*;

— *частые потери предметов, необходимых для выполнения заданий*;

— *частая отвлекаемость под влиянием сторонних стимулов*;

— *забывчивость*;

— *неусидчивость*;

— *суетливость и неугомонность, не соответствующие ситуации*;

— *неспособность к спокойным играм или проведению досуга*;

— *стремление часто и много говорить взахлеб, «заведенность»*;

— *частое проявление готовности ответить на вопрос, не дослушав его до конца*;

— *нетерпение при ожидании своей очереди*;

— *частое стремление перебивать или вторгаться в чужие дела*.

Перечисленные признаки не постоянно присущи поведению детей с ГРДВ. В определенное время или в некоторых ситуациях они ведут себя совершенно нормально. Эта непоследовательность часто вводит родителей и педагогов в заблуждение относительно того, что дезорганизованное поведение ребенка связано с его «невоспитанностью» и баловством. Возникает иллюзия, что будто бы достаточно просто заставить ребенка прикладывать больше усилий к эффективному выполнению заданий, ограничить его жесткими рамками (например, пока не сделаешь правильно — не пойдешь гулять). Однако ни сверхусилия со стороны ребенка, ни ужесточение воспитания, как правило, не приводят к результату. Наоборот, такое отношение к ребенку с ГРДВ, обвинения его в невнимательности вызывают у него страдание, снижение самооценки, чувство безнадежности и серьезно осложняет взаимоотношения с окружающими.

Дети с ГРДВ представляют особую проблему для школы с ее основным требованием к контролю и самоконтролю поведения. По сути это проблема несоответствия индивидуальных психических особенностей детей школьной среде, которая создается без учета этих особенностей на основе идеальных представлений педагогов о детях и задачах их познавательной и досуговой деятельности. Поэтому причиной гиперактивного расстройства с дефицитом внимания поначалу считали *недостаточную (ущербную) социализацию* («педагогическую запущенность», «неразвитость морального контроля», «волевую слабость») ребенка. Альтернативной концепцией возникновения ГРДВ стала теория *«минимальной мозговой дисфункции»* (ММД), объясняющая проблемы поведения незначительными повреждениями мозга. Теория минимальной мозговой дисфункции, возникшая в сороковых годах XX в., в настоящее время подвергается сомнению, поскольку она может объяснить лишь незначительный процент случаев возникновения ГРДВ /30/. Согласно современной биопсихосоциальной модели болезни, ГРДВ возникает в результате сочетания нейрофизиологических и социальных факторов развития ребенка. К нейрофизиологическим особенностям относится нестандартная структура и размер лобно-базальной зоны мозга, отвечающей за внимание и программирование реакций, а также пониженный метаболизм глюкозы в тех отделах мозга, которые тормозят импульсы и контролируют внимание. Специфическая активность, вызываемая нейрофизиологическими индивидуальными особенностями психики ребенка, проявляется в семейной и школьной среде, в которой не ожидается такое проявление активности. Возникающие на этой почве конфликты и повышенное внимание к «нестандартности» поведения ребенка усиливают остроту проявления симптомов ГРДВ до болезненного уровня и провоцируют развитие сопутствующего оппозиционно-вызывающего поведения.

Для гиперкинетического расстройства с дефицитом внимания характерны следующие *особенности функционирования внимания*:

— *направленность (избирательность) и концентрация (устойчивость) внимания не нарушены*. Поэтому помещение детей при выполнении учебных заданий в комнату, в которой, казалось бы, не на что отвлекаться, не приводит к позитивным результатам — задания все равно не будут выполняться. Дети с ГРДВ не более отвлекаемы посторонними стимулами, чем другие дети. Они чаще отвлекаются только на очень яркие и привлекательные раздражители, а также

чаще обращают внимание на дополнительную информацию, содержащуюся в задании. Например, они могут обратить внимание не на смысл задания — нарисовать что-то со строго определенными характеристиками, а на то, что задание нужно выполнять карандашом;

— *значительных изменений объема и распределения внимания при ГРДВ также не отмечается*: дети с ГРДВ могут вспомнить такой же объем информации, что и другие дети, легко переключаясь с одного вида деятельности на другой;

— ***главный дефицит внимания при ГРДВ*** — *нарушение интенсивности (непрерывности) внимания, т. е. его истощаемость*. Когда ребенку с ГРДВ дают какое-либо неинтересное (с его точки зрения) или повторяющееся задание, выполнение этой работы с течением времени ухудшается, даже если ребенок хорошо мотивирован на ее выполнение или знает о необходимости выполнения задания даже для самого себя. Но и в случае выполнения субъективно интересных заданий, если его выполнение требует длительной концентрации внимания, ребенок с ГРДВ быстро теряет к ним интерес именно вследствие повышенной истощаемости.

Особенности проявления *гиперактивности* при ГРДВ:

— гиперактивность усиливается в тех случаях, когда от ребенка требуют волевого торможения двигательной активности (например, просят сидеть неподвижно, утихнуть и т. п.). Поэтому применение к детям с ГРДВ жестких дисциплинарных мер на самом деле только провоцирует возникновение еще более проблемного поведения.

Проявления *импульсивности* при ГРДВ могут принимать следующие формы:

— *познавательная импульсивность* (поспешное, дезорганизованное мышление);

— *поведенческая импульсивность* (действия без учета последствий, непосредственные реакции на ситуацию).

Познавательная импульсивность может проявляться в том, что ребенок стремится быстро прокомментировать или ответить на вопрос, даже не дослушав или не поняв его, выполнить задание, не обращая внимания на существенные для его выполнения стороны (если задание сложное или многозначное). Поведенческая импульсивность может проявляться в том, что ребенку трудно удержать себя от искушений и соблазнов, связанных с субъективно сильными стимулами (желаниями), даже осознавая ущерб собственному благополучию, который может нанести следование этим соблазнам.

Выделяют три типа детей с ГРДВ:

— *преимущественно невнимательный тип*;

— *преимущественно гиперактивно-импульсивный тип*;

— *смешанный тип*.

У детей с ГРДВ преимущественно невнимательного типа, несмотря на наличие гиперактивности, больше бросаются в глаза следующие характеристики: они рассеянны, легко путаются, медленно соображают, с трудом вспоминают, часто бывают тревожными и озабоченными, робкими, забитыми, играют роль «отверженных» в классе.

У преимущественно гиперактивно-импульсивных детей с ГРДВ на первый план по сравнению с невнимательностью выдвигаются проблемы, связанные с торможением и стабильностью поведения. Они более агрессивны, вызывающи и оппозиционны, их часто выгоняют из класса или из школы, ошибочно переводят в классы для коррекционного обучения.

Помимо основных нарушений у детей с ГРДВ возникают сопутствующие изменения *когнитивных*, *речевых* и *эмоциональных процессов*.

Расстройство когнитивных процессов связано с истощаемостью внимания, которая приводит к дезорганизации мыслительных процессов, специфике функционирования оперативной памяти, способности прогнозировать результат своей деятельности. Дети с ГРДВ имеют нормальный и высокий интеллект, однако, они не могут полностью использовать имеющийся у них потенциал в ситуациях, требующих усидчивости и непрерывности внимания в течение продолжительного времени.

Расстройство речевых процессов проявляется в трудностях использования речи в повседневных ситуациях из-за чрезмерной, неуправляемой говорливости и повышенной громкости речи, неожиданных скачков с одной темы разговора на другую. Речь детей с ГРДВ путаная, часто с пропусками «лишних» местоимений. Они не учитывают того обстоятельства, что их собеседник может не знать контекста или предшествующих обстоятельств события, о котором они хотят ему рассказать, поэтому часто опускают «лишние», «тормозящие» скорость передачи сути дела подробности.

Нарушения когнитивных и речевых процессов вызывают расстройства научения, особенно — чтению и счету.

Изменения в эмоциональной сфере у детей с ГРДВ вызваны нарушениями социального и межличностного функционирования. Из-за своего несоответствия социальным ожиданиям и нормам поведения и связанных с этим конфликтов у них часты проявления депрессии, враждебности, повышенной тревожности.

По мере взросления интенсивность проявления ГРДВ уменьшается, но может сохраняться в течение всей жизни.

Расстройства произвольных движений и действий характеризуются нарушениями *управления*, *регуляции* и *координации при их выполнении*.

Нарушения *управления* движениями и действиями связаны с рассогласованием порядка иннервации различных мышц, необходимых для осуществления действия в конкретных условиях. Примером такого нарушения является *синдром Паркинсона*, обычно развивающийся в позднем возрасте. Для синдрома Паркинсона характерны дрожание конечностей в состоянии покоя или при принятии определенной позы (иногда кажется, будто человек «катает» рукой невидимый «шарик»), шаркающая походка маленькими шажками, замедление произвольных движений.[11]

Нарушения *регуляции* связаны с повреждениями задней области теменных долей. Они проявляются тем, что человек из-за расстройства зрительно-моторной координации теряет способность схватывать рукой какой-либо объект, поскольку визуальная информация не регулирует движение.

Нарушения *координации* связаны с тем, что для выполнения произвольного движения или действия возникает избыточная мышечная активность. Примерами расстройств с нарушением координации являются *писчий спазм и синдром детской неуклюжести*.

Писчий спазм проявляется искажением почерка, вызванным чрезмерным напряжением мышц пальцев, кисти и предплечья или всей руки. Дети начинают писать, ставя кисть и руку в непривычную, неудобную позицию, прикладывают чрезмерные усилия, чтобы держать ручку, и сильно опираются на стол. Во время письма напряжение возрастает так, что ребенок не может написать больше нескольких слов.

В случае *синдрома детской неуклюжести* ребенок может быть неуклюж в своей обычной походке, медленно обучается бегать, прыгать, подниматься вверх и спускаться вниз по ступеням. Вероятны трудности в завязывании шнурков на обуви, застегивании и расстегивании пуговиц на одежде, бросании и ловле мяча. Ребенку свойственно ронять вещи, спотыкаться, ударяться о препятствия. Расстройством считается проявление этих признаков в повседневной жизни на уровне, который значительно ниже ожидаемого для определенного возраста и уровня интеллектуального развития.

Причины возникновения расстройств этого типа окончательно не ясны. Но они часто сопровождают гиперкинетическое расстройство с дефицитом внимания.

4.3. Расстройства речи, коммуникативных и учебных навыков.

Нарушения функции речи, а также коммуникативных и учебных навыков влияют на то, как дети с нормальным и развитым интеллектом воспринимают словесную информацию, запоминают ее и выражают свои мысли окружающим. Расстройства этих функций в дошкольном возрасте развиваются скрытно и обнаруживаются только с началом школьного обучения. Нередко родители и педагоги считают, что такие расстройства не серьезны по сравнению с явными психическими нарушениями, проблемным поведением или физическими дефектами. Однако невнимание к специфическим затруднениям в использовании детьми речи и письма существенным образом влияет на недоразвитие у ребенка социальных навыков, что в будущем может сказаться на его профессиональных успехах, эффективности выполнения им повседневных обязанностей, а также на межличностных отношениях.

Речь представляет собой исторически сложившуюся практику использования звуков, жестов или знаков для передачи условных символов, имеющих общепринятые смыслы и значения (т. е. слов). Она выступает одновременно и средством общения, и инструментом мышления, и одним из способов волевой регуляции и контроля поведения и деятельности.

[11] Рассмотрение психологических нарушений, характерных для синдрома Паркинсона, не входит в задачи настоящего учебника.

Развитие речи основывается на врожденной способности и приобретенной в процессе социализации возможности воспринимать, учить, хранить, перерабатывать и воспроизводить основные звуки и знаки языка, а также правила их грамматического построения.

Согласно концепции американского психолингвиста Ноама Хомского, в мозге человека имеются специфические структуры, отвечающие за усвоение основных атрибутов речи. В пользу этого тезиса говорит тот факт, что дети во всем мире осваивают язык с одинаковой скоростью, демонстрируя при этом сходные последовательности этапов. Врожденные задатки речи созревают примерно к годовалому возрасту, открывая возможности для развития речи как средства коммуникации в сензитивный период от одного года до трех лет. Восприятие речи ребенком начинается с выделения обращенных к нему звуков и жестов родителей. Когда ребенок постоянно слышит то или иное звуковое сочетание, рецепторы уха стимулируют формирование соответствующих связей и передают их в слуховой центр коры головного мозга. К первому году жизни в слуховом центре формируются специфичные для той или иной речи карты (матрицы) восприятия, и ребенок перестает обращать внимание на звуки, неспецифичные для родного языка.

После того как основные языковые матрицы уже сформировались, у малышей начинает развиваться способность составлять из отдельных звуков целые слова. Поэтому чем больше слов в период от года до трех лет слышит ребенок, тем быстрее у него формируется собственная речь.

У отдельных детей процесс речевого развития отстает от среднестатистической нормы, и они еще долго пользуются для коммуникации жестами и звуками, а не словами. В ряде случаев нарушения речевого развития связаны с затруднениями в поиске адекватных слов для ясного выражения своих мыслей.

Расстройства развития речи представляют собой нарушения нормального процесса речевого развития на ранних этапах. При этих расстройствах не страдает нейрофизиологический механизм.

Основная трудность определения этих расстройств заключается в том, что нормальные дети значительно различаются *по возрасту*, в котором они впервые начинают говорить слова и отдельные фразы, и *по темпу* прочного усвоения речевых навыков. Большинство «поздно говорящих» детей в дальнейшем развиваются совершенно нормально.

Хотя речь и связана с мышлением, отставание в развитии речи не следует смешивать с отставанием интеллектуального развития. Только дети с серьезными речевыми расстройствами относятся к группе риска развития интеллектуальной недостаточности. Однако проблемы с речью становятся базой для последующего возникновения расстройств коммуникативных и учебных навыков.

Базовым показателем развития речи ребенка является *фонологическая осведомленность*. Под ***фонологической осведомленностью*** понимается:

— *возможность различать основные звуки языка*;

— *возможность распознавать связи между звуками и буквами (знаками)*;

— *знание того, что звуки составляют различные слоги*;

— *определение ритма и аллитерации речи*.

Фонологическая осведомленность связана с развитием экспрессивной речи и выступает необходимым условием формирования навыков чтения. Поэтому *дефицит фонологической осведомленности является главной причиной расстройств коммуникации и нарушений развития школьных навыков*.

О причинах развития речевых расстройств до сегодняшнего дня мало что известно. Известно только то, что причиной дефицита фонологической осведомленности может быть дисфункция задней части левого полушария, контролирующего способность обрабатывать фонемы, или левой височной доли, контролирующей артикуляцию. Имеются данные о том, что причиной ослабления функции речи могут быть временные слуховые проблемы, возникающие при хронических воспалениях органов слуха в возрасте до трех лет.

Выделяют четыре вида расстройств речи:

— *специфическое расстройство речевой артикуляции*;

— *расстройство экспрессивной речи*;

— *расстройство рецептивной речи*;

— *заикание*.

В отношении причин возникновения расстройств речи существует множество мифических и ложных представлений. Широко распространено мнение, будто они возникают по причине наличия у ребенка эмоциональных проблем и нарушенных отношений с родителями. Серьезных научных доказательств этим взглядам не существует /30/.

Особенности общения родителей с детьми, имеющими нарушения речи, влияют только на скорость и диапазон речевого развития, но **не являются причинами возникновения таких расстройств**. Поэтому задача, которую психолог может поставить перед родителями, должна заключаться только в том, чтобы просто уделять такому ребенку больше внимания: стараться чаще разговаривать с ним обычными фразами, просить рассказывать о любимых занятиях, которыми ребенок занимался в течение дня, не замечать трудности речевой экспрессии ребенка, разговаривая с ним, как с нормальным, и отвлекать внимание ребенка от того, что его ответная речь не такая развернутая, как у других детей. Активное вмешательство в развитие речи оправдано только в случае нарушений артикуляции.

О ***специфическом расстройстве речевой артикуляции*** можно говорить тогда, когда освоение ребенком звуков речи значительно задерживается. О значительном отставании речевого развития можно говорить тогда, когда оно в два раза превышает стандартное (нормативное) отклонение. В норме большинство речевых звуков осваивается к возрасту 6-7 лет. К возрасту 11-12 лет почти все речевые звуки должны быть освоены. Если к 12 годам ребенок пропускает, искажает или заменяет речевые звуки, изменяет произношение звуков в зависимости от их сочетания (т. е. один звук в некоторых словах может произнести, а в некоторых — нет) и это не является следствием особенностей употребления речи в культуре, к которой он принадлежит, или в семейном окружении, то речь уже может идти о специфическом расстройстве речевой артикуляции. Важным признаком патологического развития речи также является то, что ребенка с отклонением в употреблении речевых звуков плохо понимают окружающие его люди.

Под ***расстройством экспрессивной речи*** понимается такое специфическое нарушение развития, при котором способность ребенка использовать выразительную разговорную речь заметно ниже уровня, соответствующего его умственному возрасту. Ребенок хорошо понимает обращенную к нему речь, расстройств речевой артикуляции у него может не быть, но выразить свое состояние и мысли словами он не может. О том, что ребенок понимает обращенную к нему речь, можно судить по таким признакам:

— ребенок выполняет просьбы, но не может описать свои действия, которые он совершал при их исполнении;

— улыбается, жестикулирует, широко использует мимику в совместной игре или при прослушивании сказок;

— стремится к общению, активно замещая дефицит слов жестами, мимикой, неречевыми звуками, несвязными фразами, искаженными словами;

— раздражается, злится или приходит в отчаяние, когда его не понимают.

Примером тяжелого расстройства экспрессивной речи могут служить случаи, когда ребенок в возрасте **старше трех лет** просит о чем-либо не словами, а жестами, указывая на предметы пальцем, сопровождая свои жесты криком, визгом, мычанием, фырканием. До трех лет многие дети общаются именно таким образом. Однако отсутствие в речи ребенка отдельных слов или похожих на них сочетаний звуков к возрасту двух лет и отсутствие простых выражений и фраз из двух слов к возрасту трех лет являются симптомами значительной задержки развития экспрессивной речи.

В случаях более мягких расстройств экспрессивной речи ребенок демонстрирует ограниченный словарный запас, что проявляется в чрезмерном использовании небольшого набора общих слов в любых ситуациях; или испытывает трудности в подборе подходящих слов, слов-заменителей; или пользуется преимущественно сокращенными словами, понять которые могут только близкие люди. К нарушениям экспрессивной речи также относятся незрелая структура предложений; пропуски окончаний или приставок в словах; неправильное использование или полное отсутствие в речи предлогов, местоимений, спряжений или склонений глаголов и существительных; трудности в установлении последовательности при пересказе событий прошлого.

К подростковому возрасту нарушения экспрессивной речи спонтанно разрешаются: половина детей совершенно избавляется от коммуникативных проблем, тогда как у другой половины наблюдается значительное улучшение /30/.

Подобные нарушения экспрессивной речи отмечаются и у взрослых людей. Однако у взрослых они не могут компенсироваться спонтанно, поскольку всегда связаны с врожденным дефектом ЦНС, системным заболеванием, поражающим головной мозг, эндокринной патологией, соматическими заболеваниями или наступают в связи с другими психическими расстройствами.

Расстройство рецептивной речи характеризуется нарушением понимания ребенком обращенных к нему высказываний. Дети с таким расстройством обладают нормальным слухом, но не могут понять значение отдельных звуков, слов и предложений. Развитие рецептивной речи всегда опережает развитие экспрессивной речи, поэтому расстройство рецептивной речи всегда сопровождается расстройством и экспрессивной речи.

Определить расстройство можно по следующим характерным признакам:

— со дня рождения ребенок не реагирует на знакомые названия (свое имя, «мама», «папа» и т. п.);

— к 18 месяцам не может идентифицировать по названиям обычные предметы из своего окружения;

— в возрасте 2 лет не способен следовать простым инструкциям;

— после 3 лет не понимает значение грамматических и невербальных аспектов речи (отрицаний, вопросов, сравнений, тона голоса, речевой жестикуляции).

Психологическое состояние ребенка с рецептивным расстройством речи можно понять, если представить себя в окружении людей, которые все время разговаривают с вами на плохо знакомом языке и чего-то от вас добиваются. Поэтому достаточно часто у детей с расстройством рецептивной речи встречается гиперактивность, социальная неприспособленность, социальная изоляция от сверстников, повышенная тревожность, чувствительность, чрезмерная застенчивость. Основным отличием таких детей от детей с аутистическим расстройством является их нормальное взаимодействие и обращение с родителями, педагогами и другими детьми, нормальные игры и использование жестов.

У взрослых же подобные расстройства всегда связаны с серьезным психическим расстройством и органическими поражениями головного мозга.

Особое место в ряду нарушений экспрессивной и рецептивной речи занимает ***синдром Ландау—Клефнера*** (приобретенная афазия с эпилепсией). В отличие от рассмотренных выше расстройств, этому синдрому предшествует нормальное речевое развитие, которое внезапно нарушается (теряются навыки рецептивной и экспрессивной речи), обычно в возрастном периоде от 3 до 7 лет. К нарушению речи через некоторое время (в период от нескольких месяцев до двух лет) в большинстве случаев присоединяются эпилептические припадки.

Заикание представляет собой расстройство произвольной координации движений языка, губ при артикуляции незнакомых или трудно сочетаемых звуков в словах, обусловленное нарушениями нейрофизиологических процессов. Наиболее типичным проявлением заикания является повторение и затягивание некоторых слогов, что неизбежно затрудняет коммуникацию. Это расстройство генетически обусловлено и может только обостриться под влиянием психоэмоционального стресса, который на самом деле не является истинной причиной расстройства /30/. Общая психологическая рекомендация к организации взаимодействия и общения с заикающимися детьми заключается в научении родителей и педагогов говорить с ребенком медленно, используя короткие и простые предложения, чтобы не вызвать нервного напряжения, которое может развиться у ребенка при общении.

Как уже отмечалось выше, дефицит фонологической осведомленности влияет не только на развитие речи, но и на развитие когнитивных навыков, востребованных в процессе школьного обучения (так называемое ***расстройство развития учебных навыков***). Задержка речевого развития, характерная для дошкольного возраста, в начальном школьном возрасте проявляется в виде *специфической задержки развития навыков чтения и письма*, а в подростковом возрасте — в виде *расстройства спеллингования*. Однако для возникновения этого типа расстройств характерно действие дополнительного нейрофизиологического фактора: аномалии не только в процессе обработки слуховой, но и зрительной информации.

В отличие от расстройств речи, расстройства развития учебных навыков наряду с индивидуальными психическими особенностями ребенка тесно связаны с семейными обстоятельствами и характером обучения в школе. Дифференцировать трудности обучения в школе, вызванные социальной или педагогической запущенностью и обусловленные нейрофизиологическими особенностями, можно как раз по наличию в истории развития ребенка фактов речевых нарушений (коммуникативных расстройств). Расстройство развития учебных навыков не следует путать со снижением интеллекта и умственной отсталостью, а также со следствиями неврологических нарушений (ДЦП) и нарушений слуха и зрения. Как отмечают Э. Мэш и Д. Вольф, в 5-10% случаев трудности в обучении имеют преимущественно неврологические корни, тогда как в других случаях они имеют преимущественно социально-педагогическую природу: отсутствие познавательной среды дома или в школе, неправильное преподавание или оборудование учебных классов /30/.

Расстройство навыков чтения в первое время проявляется в трудностях пересказывания алфавита и распределения (узнавания) букв по звукам при нормальной остроте слуха. Позднее проявляются ошибки в навыках устного чтения:

— пропуски, замены, искажения или дополнения букв, слов или их частей (например, «велисапед» вместо «велосипед», «слон» вместо «салон», «живой» вместо «жилой» и т. п.);.

— слишком медленный темп речи;

— попытки начать чтение заново, длительные запинки или «потеря места» в тексте при прерывании чтения;

— перестановка слов при чтении написанных предложений.

Наряду с вышеперечисленными признаками также может встречаться неспособность вспомнить факты из прочитанного, сделать выводы и заключение о сущности прочитанного, при ответах на вопросы о прочитанном ребенок отвечает, используя общие знания, а не информацию из конкретного рассказа.

Причиной нарушения навыков чтения являются обусловленные фонологическим дефицитом **трудности расшифровки** — быстрого разбивания слова на буквы и обратного процесса синтеза букв в слово. Другими словами, ребенок не может быстро распознать фонологическую структуру слова и, соответственно, само слово, поскольку слуховая речь предшествует появлению письменной.

Расстройство спеллингования характеризуется нарушением в подростковом возрасте способности устного произношения слова по буквам и, соответственно, правильного его написания: ребенок пишет слово так, как его слышит, несмотря на знание о правильном написании этого слова.

Нейрофизиологические механизмы, обеспечивающие развитие речи, также связаны с обеспечением развития *навыков письма и счета* (поскольку для счета необходимы не только «математические способности», но и наличие абстрактного мышления, связанного с речью).

Однако ***расстройство навыков письма*** в некоторых случаях оказывается не связанным с нарушением чтения: оно может выступать и самостоятельным расстройством, вызванным слабыми визуально-моторными навыками. В качестве самостоятельного расстройства нарушение навыков письма определяется физиологически обусловленным рассогласованием взаимодействия глаз и руки. Из-за того, что дети с самостоятельным нарушением письма, не связанным с нарушением чтения, в силу возникающего напряжения стараются писать как можно короче, их сочинения бедны по содержанию (иногда уточняют, что это *«расстройство экспрессивного письма»*). Расстройство экспрессивного письма еще слабо изучено в клинической психологии.

Расстройство ***навыков счета***, не связанное с интеллектуальной недостаточностью, начинается с нарушения распознавания цифр и символов, к которому присоединяются нарушения упорядочивания чисел, запоминания действий, недостаточность понимания абстрактных понятий, лежащих в основе арифметики (например, «целое», «часть», «мнимое число»). При этом у ребенка диагностируется нормальный интеллект, не повреждены сенсорные функции, не отмечается эмоциональных нарушений и имеются все возможности для нормального обучения. Нередко ошибки в счете связаны с нарушениями пространственной ориентации и затруднениями выбора направления (вверх/вниз, влево/вправо). Детям с расстройством счета обычно трудно производить нумерацию чисел, сравнивать их, читать и писать правильно математические символы, владеть вычислением в уме.

Психологические проблемы детей с нарушенными учебными навыками могут объясняться тем, что окружающие не понимают их возможной связи с нейрофизиологическими особенностями детского организма. Такие дети требуют индивидуальной организации учебно-воспитательного процесса, ориентированного на развитие фонологической осведомленности через ролевые игры, прослушивание и чтение стихов, распознавание предложений и слов, более тщательный и длительный анализ слогов и фонем, структуры слов. Одним из важных требований является также укорочение времени занятий и увеличение времени отдыха детей.

4.4. Нарушения памяти.

Нарушения памяти — наиболее часто встречающаяся клиническая проблема. Самые разнообразные нарушения психической деятельности могут маскироваться под кажущимися расстройствами мнестической функции: нарушения внимания мотивационной, волевой, эмоциональной сфер. Бывает так, что пациенты жалуются на нарушения функции памяти, тогда как экспериментально-психологическое исследование (ЭПИ) этого не подтверждает. И наоборот, в ЭПИ имеются данные о мнестических нарушениях, а в профессиональной деятельности эти нарушения не проявляются (например, когда работа связана с актуализацией ручных навыков и работа осуществляется автоматически, без необходимости запоминания деталей конкретной ситуации — оперативная память не задействована, а задействована только долговременная). Все это подтверждает значимость функционального подхода к решению проблемы мнестических

нарушений (нарушения функций памяти — запоминания, сохранения и воспроизведения) и анализа этой проблемы с точки зрения строения памяти, динамики мнестических процессов и мотивации.

Главными функциями человеческой памяти являются целенаправленное *запоминание*, *сохранение* и *произвольное воспроизведение* информации. ***Запоминание*** связано с нейрофизиологическим процессом *консолидации* — закрепления кода информации о каком-либо событии или факте. С точки зрения современной физиологии памяти, кодирование информации протекает следующим образом: восприятие — сличение с образцом в долговременной памяти — узнавание/неузнавание — образование временных кодов в кратковременной памяти под регулирующим воздействием избирательного внимания — консолидация нового кода в долговременной памяти /21/. Сначала в мозге сохраняется некоторое число следов восприятия, отобранных вниманием. Эти следы сравниваются с уже имеющимися кодами — энграммами, т. е. следами памяти, сформированными в результате жизненного опыта. Если событие «узнано», то происходит «обновление» имеющегося кода и устанавливаются новые комплексные связи, в результате чего возникает новый код кратковременной памяти. Если событие «не узнано», то также создается комплексный код из различных компонентов воспринятой информации. Новые коды удерживаются в кратковременной памяти, пока они включены в определенную операцию, а затем либо исчезают, либо включаются в кодированном виде в какую-либо систему познавательных связей («консолидируются»), переходя из кратковременной памяти в долговременную.

Таким образом, взаимодействие кратковременной и долговременной памяти при запоминании носит не линейный, а перемежающийся характер, когда взаимодействие все время затрагивает разные компоненты воспринимаемой информации. Чем сложнее и сильнее будут связаны в процессе запоминания различные временные коды об одном и том же событии, чем сильнее эмоциональный фон запоминания, тем медленнее происходит забывание. Существенную роль в запоминании играет логическая организация материала.

Запоминание имеет не только произвольный, связанный с концентрацией внимания характер, но и непроизвольный, связанный с доминирующей мотивацией.

Сохранение информации — плохо изученный процесс. Известно, что хранение информации не предусматривает сохранения ее полноты и неизменности: информация претерпевает изменения в процессе хранения, связанные с влиянием мышления. Как следствие в процессе сохранения информация всегда трансформируется или деформируется.

Произвольное воспроизведение информации связано с выделением необходимых сведений из всего хранящегося в памяти материала под влиянием мотивирующего фактора (необходимости), когда человек активно выбирает из всего массива данных только нужные компоненты, «вытормаживая» побочные образы и факты. При воспроизведении информация также может деформироваться в результате сочетания с новыми впечатлениями.

При рассмотрении клинических нарушений памяти необходимо придерживаться разделения памяти как психической функции на два типа: *декларативную и процедурную память*.

Под ***декларативной*** (эксплицитной) ***памятью*** понимается произвольная память на события и объекты. Она локализуется в медиальных частях височных долей, включая гиппокампальную область, а также энториальную, парагиппокампальную кору и ядра таламуса (медиодорсальные и передние).

Под ***процедурной*** (имплицитной) ***памятью*** понимается память на действия и навыки, привычки, условные способы поведения. Такая память может протекать без участия сознания и воли. Она локализуется в соответствующих сенсорных и моторных отделах мозга.

Нарушения памяти практически всегда затрагивают декларативную, а не процедурную память. В обыденном смысле под памятью тоже понимается именно декларативная память.

Еще одним пунктом, необходимым для понимания клинических нарушений памяти, следует признать разделение памяти по характеру запоминаемой информации на *семантическую* и *эпизодическую* (автобиографическую).

Семантическая память — это память, в которой закодированы и сохранены только основные значения информации, особые характерные признаки события или объекта, позволяющие отличить его от других феноменов или включить его в общий класс по типу «часть — целое».

Эпизодическая память представляет собой форму памяти, в которой информация хранится со всеми сопутствующими ей случайными «метками» о том, где, когда и как была получена эта информация.

В норме запоминанию подвергается семантическая информация, тогда как эпизодическая по мере временного дистанцирования от события утрачивается. В случае нарушений памяти

изменяется соотношение процессов консолидации семантической и эпизодической информации: эпизодическая доминирует или «мешает» воспроизведению основной информации.

В целом при нарушениях памяти речь идет о нарушениях сохранения, поиска и установления функциональных связей между различными кодами информации о событиях и объектах. Поскольку память тесно связана с речью, мышлением, восприятием, эмоциями и произвольными действиями, то ее нарушения бывают настолько характерными, что могут служить важнейшим диагностическим критерием в распознании некоторых острых и хронических психических заболеваний. Специфические нарушения памяти могут свидетельствовать о наличии процессуального психического заболевания, о различных вариантах слабоумия (деменции).

Выделяют следующие клинические типы нарушений памяти:

Нарушения памяти						
Дисмнезии			**Парамнезии**			
Гипермнезии	Гипомнезии	Амнезии	Псевдореми-нисценции	Криптомнезии	Эхомнезии	Конфабуляции

Дисмнезиями называют формальные расстройства динамических процессов памяти. ***Парамнезиями*** называют патологическую продукцию мнестических процессов. Не всегда расстройства памяти (особенно формальные) являются признаком психического заболевания. Они могут встречаться и у психически здоровых людей при особых условиях (в состоянии переутомления, аффекта, астении, вызванной соматической болезнью, и т. п.). Но очень часто нарушения памяти входят в структуру психического дефекта при различных психических заболеваниях и аномалиях.

Гипермнезии — непроизвольное оживление памяти, которое проявляется в повышении способности воспроизведения давних, незначительных, малоактуальных событий прошлого. При этом ослабевает запоминание текущей информации и повышается способность воспроизводить давно забытые события прошлого, незначительные и малоактуальные для больного в настоящем. При этом особенно сильно страдают произвольное запоминание и воспроизведение. При гипермнезии отмечается усиление механической памяти при значительном ухудшении показателей логико-смысловой памяти. Данное нарушение памяти может встречаться при особых состояниях сознания, в гипнотическом сне, при приеме алкоголя и некоторых наркотиков, а также при различных психических заболеваниях (в отдельных случаях шизофрении, психопатии, при маниакальных и гипоманиакальных состояниях и пр.).

Гипомнезия — частичное выпадение из памяти информации. Нарушается способность запоминать, удерживать и воспроизводить отдельные события или их детали («прорешливая память», когда пациент вспоминает не все, что должен был вспомнить, только самое важное, яркое или часто повторяющееся). Слабо воспроизводятся даты, имена, термины, цифры.

Гипомнезии являются наиболее часто встречающимися клиническими расстройствами памяти. Гипомнезия может быть временной, эпизодической, но может иметь и стойкий, необратимый характер. Такие нарушения памяти могут касаться одной или нескольких модальностей (зрительной, слуховой и т. п.). Гипомнезия входит в структуру многих психопатологических синдромов (невротического, психоорганического и др., а также является симптомом врожденного или приобретенного слабоумия).

Амнезия — полное выпадение из памяти событий, имеющих место в определенный период. Амнезии являются основным объектом клинической психологии. Их можно классифицировать по разным основаниям. Различают амнезии по отношению к событиям, происходящим в разное время от начала расстройства, по нарушенной функции памяти и по динамике проявления расстройства памяти.

По отношению к событиям, происходящим в разное время от начала расстройства, выделяют следующие типы амнезий:

1) *ретроградная* — выпадение из памяти событий до начала (острого периода) болезни (расстройства); ретроградная амнезия может возникнуть, например, после черепно-мозговой травмы;

2) *конградная* — выпадение воспоминаний о событиях в острый период болезни (расстройства);

3) *антероградная* — утрата воспоминаний о событиях, происходящих после острого периода болезни (расстройства); антероградную амнезию можно наблюдать после повреждений в гиппокампе или хронических отравлений, а также при деменциях.

4) *антероретроградная* — выпадение событий, происходивших до, во время и после острого периода болезни (расстройства); скорее всего, возникает в результате временного недостатка кровообращения в гиппокампе.

По нарушенной функции памяти различают следующие типы амнезий:

1) *фиксационная* — на текущие и недавние события;

2) *анэкфория* — неспособность воспроизведения информации без подсказки;

3) *прогрессирующая* — сначала наступают трудности в воспоминании, затем наступает забывчивость на текущие и недавние события, потом забываются все более отдаленные события. Сначала страдает память времени совершения отдаленных событий, а затем страдает память содержания событий. Сначала — менее организованное знание (научное, языки). Затем — многократно случавшиеся события. Потом забываются факты с сохранением аффективной памяти. Затем идет распад праксической памяти — памяти навыков, и наступает апраксия.

По динамике проявления расстройства памяти выделяют следующие амнезии:

1) *ретардированная* — забывание наступает через некоторое время после ЭПИ; какое-то время хорошо помнит, но спустя короткое время — уже не может воспроизвести (например, короткий рассказ).

2) *стационарная* — стойкое нарушение памяти без видимых изменений (улучшений или ухудшений) во времени;

3) *лабильная* (прерывистая) — нарушения колеблются в течение времени — то возникают, то исчезают /12/;

4) *регрессирующая* — амнезия с частичным восстановлением памяти.

Нарушения динамики мнестических процессов служит не столько индикатором нарушения памяти в узком смысле, сколько признаком истощаемости психики, неустойчивой работоспособности (которая определяется отношением к окружающему и к себе, личностной позицией в ситуации, способностью регуляции поведения, целенаправленностью усилий). Нарушенная динамика успешно корректируется самими пациентами через дополнительные средства опосредования. Нарушения динамики могут быть связаны и с нарушениями аффективной сферы личности.

Амнезии могут быть обусловлены либо *потерей* сохраненной информации при переводе ее из кратковременной памяти в долговременную, либо *ошибками* в процессе поиска ситуативно необходимой информации (функционально обусловленными торможениями связи между кодами). Первый тип нарушений памяти (потеря информации) получил название **«нарушения памяти типа А»** (дегенеративные амнезии). Он вызывается несчастным случаем, физической травмой, интоксикациями, болезнями головного мозга и сосудистыми изменениями в мозге. Дегенеративные процессы разрушают саму материальную основу мнестической функции психики. Основным признаком нарушения типа А является ***потеря информации***. Амнезии типа А получили название «истинных амнезий». Истинные амнезии в *клиническом смысле* включают в себя следующие признаки нарушений памяти /21/:

а) сохранный уровень интеллекта;

б) не затронута кратковременная память;

в) преобладает антероградный аспект памяти.

Сегодня считается, что при истинных амнезиях чаще всего нарушается кодирование эпизодической (контекстуальной или автобиографической) информации, сопровождающей информацию о смысле события. Смысловая память в большей степени определяет наше знание о чем-либо, тогда как эпизодическая память характеризует именно воспоминание о личных обстоятельствах этого знания (как оно связано именно с нами). Этим обстоятельством можно объяснить парадокс, при котором человек с истинной амнезией может успешно выполнять задания теста и запоминать текущую абстрактную информацию, но не может вспомнить события из своей жизни.

Второй тип нарушений памяти (ошибки поиска) получил название **«нарушения памяти типа В»** (диссоциативные амнезии). При таком типе амнезий информация содержится в виде нейронного кода, однако, он не может быть актуализирован. Наиболее часто человек с амнезией типа В испытывает чувство, что «что-то вертится на языке, но сказать определенно — трудно». Основным признаком нарушений типа В является ***диссоциация между содержаниями разных кодов информации***. К амнезиям типа В относятся невротические забывания (диссоциации), постгипнотические забывания, феномен «уже виденного (пережитого)», а также феномен «двойного сознания». Поскольку фактически выпадения из памяти информации при амнезиях типа В не происходит, их часто называют парамнезиями. Так как диссоциативные потери памяти

вызваны «блокировкой» связи между различными содержаниями памяти, поэтому воспоминание такой связи, имевшей место в реальности, больше невозможно. В этом смысле такой вид психологической защиты, как *вытеснение*, также можно рассматривать как разновидность нарушения памяти типа В. Так как непрерывность и целостность восприятия является необходимым качеством сознания нарушения связей между запомненной информацией компенсируются образованием новых связей, сохраняющих для личности субъективную непрерывность течения времени и последовательности событий, а также их осмысленность и включенность в личную историю (автобиографию).

Изменения памяти типа А («истинные амнезии») возникают при неврологических нарушениях, тогда как нарушения памяти типа В (парамнезии) возникают в рамках психических нарушений.

Наиболее типичными психопатологическими расстройствами содержательной стороны памяти (патологической продукцией памяти) являются *парамнезии* — обманы памяти. Различают несколько видов *парамнезий*.

Псевдореминисценции — ошибочные воспоминания, иллюзии памяти. Действительные события вспоминаются в другом временном интервале (чаще перенос из прошлого в настоящее — замещаются провалы в памяти, возникшие вследствие фиксационной или прогрессирующей амнезии). Один из вариантов — жизнь в прошлом, когда прошлые события жизни начинают восприниматься как настоящие, начинают происходить ложные узнавания людей с адекватным этим узнаваниям поведением. Иногда такой вариант сопровождается симптомом неузнавания себя в зеркале.

Криптомнезии — искажения памяти, при которых происходит отчуждение или присвоение воспоминаний. Например, увиденное в кино, прочитанное в книге воспринимается как пережитое. Или наоборот — личные события воспринимаются как чужие.

Эхомнезии — обманы памяти, при которых новое событие воспринимается как сходное с тем, которое уже имело место. Другое название этого вида парамнезий — феномен «уже виденного (фр. — *deja vu*), «уже слышанного (фр. — *deja entendu*) или «уже обдуманного» (фр. — *deja pense*). При таком расстройстве текущее восприятие события одновременно проецируется в настоящее и в прошлое. Феномен «уже виденного» характеризуется убежденностью человека в том, что он уже когда-то переживал подобное событие, но не может указать, где и когда оно происходило. При дежа вю событие воспринимается как полностью идентичное событию из прошлого. Кроме феномена дежа вю к эхомнезиям также относят парамнезии Пика — это такая разновидность воспоминания «уже пережитого», когда человек только отмечает некоторое сходство ситуации, но понимает, что оно не идентично прошлому событию.

Конфабуляции — вымыслы памяти — ложные воспоминания с убежденностью в их истинности. Замещающие конфабуляции — заполняют провалы в памяти, имеют обыденное содержание, профессионально-бытовое, неустойчивое во времени, лабильное по фабуле, по мере разговора фабула обрастает новыми деталями-«воспоминаниями». Фантастические конфабуляции — ложные воспоминания о невероятных событиях в прошлом, содержание стабильно, имеет признаки бреда величия, эротические компоненты. Паралитические конфабуляции — ложные воспоминания нелепого содержания (трижды маршал).

Хотя парамнезии, как правило, встречаются при тяжелых нарушения деятельности мозга, при психозах, нарушениях сознания, иногда обманы памяти (криптомнезии) могут встречаться и у психически здоровых людей при значительном переутомлении, в состоянии соматически обусловленной астении. Среди законов формирования мнестических расстройств наиболее известным в психопатологии считается ***закон Рибо***, в соответствии с которым нарушения (утрата) памяти происходят в определенном хронологическом порядке — вначале утрачивается память на наиболее сложные и недавние впечатления, затем — на старые. Восстановление памяти происходит в обратном порядке.

4.5. Нарушения мышления.

Мышление — это психический процесс опосредованного и обобщенного отражения существенных сторон реальности, познание внутренних взаимосвязей предметов и явлений. Мышление является частью интеллекта. Интеллект — это общий термин, охватывающий все психические процессы, обеспечивающие познавательную активность (мышление, внимание, память, восприятие). Как часть интеллекта, мышление есть процесс непосредственного оперирования образами, идеями, символами, представлениями, понятиями. Если интеллект — это ум, способность познавать реальность, то мышление — это обдумывание, один из способов познания реальности, который заключается в создании субъективной модели реальности. Модель

— это обобщенный и опосредованный образ реальности. Соответственно, мышление — это обобщенное и опосредованное познание мира. У человека, в отличие от животных, главным, основным инструментом создания субъективных моделей является язык (система условных символов). Поэтому содержательную сторону мышления у человека выражает речь. Как отражение мышления она обладает логичностью, доказательностью, грамматическим строем, темпом, целенаправленностью, гибкостью и подвижностью, экономичностью, широтой, глубиной, критичностью, самостоятельностью, пытливостью, любознательностью, находчивостью, остроумием, оригинальностью, продуктивностью.

Логичность — умение выражать внутренние закономерности между явлениями и предметами. Доказательность — обоснование этой закономерности. Строй речи — соответствие законам построения высказываний. Темп речи — скорость протекания мыслительных процессов. Целенаправленность — сохранение в течение определенного времени подчиненности познавательного процесса определенной задаче. Гибкость — умение быстро менять принятые решения в зависимости от изменения ситуации. Экономичность — умение эффективно выполнять мыслительные операции с наименьшим числом действий. Широта — способность привлекать разнообразную информацию для решения познавательных задач. Глубина — способность проникать в суть явлений. Критичность — умение адекватно оценивать результаты.

Во время процесса мышления человек воспринимает информацию, перерабатывает ее, делает выводы и объединяет их в предположения относительно ситуации, в которой он находится. Для создания адекватных ситуации выводов и предположений нормальный (общепринятый) процесс мышления должен соответствовать нескольким условиям:

1) способы восприятия и переработки информации должны быть адекватны объективной ситуации;

2) выводы должны делаться в соответствии с законами формальной логики;

3) содержание мышления должно оцениваться человеком в соответствии с общепринятыми эмпирическими основаниями;

4) процесс мышления должен быть организован по принципу системной регуляции;

5) мышление должно быть сложно структурированным и отражать в развернутой системе понятий общепринятую структуру мира.

Нарушения способа восприятия и переработки информации (основные когнитивные расстройства) влияют на качество мышления. Например, при неустойчивом внимании, нарушенной памяти, плохом зрении человек получает неадекватные сведения о ситуации, в которой он находится, делая неправильные выводы и предположения. Так, при аутизме человек в большей мере отдает предпочтение внутренним импульсам, тогда как внешние источники информации о ситуации могут игнорироваться. В результате человек делает неправильные выводы и прогнозы относительно ситуации, в которой находится. При задержках умственного развития некоторые виды информации не могут быть адекватно восприняты и учтены в выводах и предположениях, что не позволяет мышлению выполнять свою основную функцию обобщенного отражения существенных сторон реальности. При повреждениях височных областей мозга изменяются процессы памяти, что влияет на распознание необходимых аспектов ситуации, дезорганизует восприятие раздражителей и не позволяет их категоризовать. Изменения на клеточном уровне искажают поступающую информацию (например, при шизофрении или болезни Альцгеймера), давая неверные сведения о реальности, из чего следуют неадекватные ситуации решения.

Нарушения *формы мышления* возникают чаще всего при психозах. При этом человек перестает соблюдать базовые логические законы упорядочения информации, что приводит его к нереалистичным умозаключениям. К формальным нарушениям относят бессвязность мыслей, их разорванность (связь между мыслями сохраняется в течение непродолжительного времени, а потом под действием случайных факторов мышление начинает протекать в другом направлении и на других основаниях), ассоциативность мыслительных процессов (отсутствие внутренней структуры, ориентация мысли только на внешние признаки ситуации, внешнее сходство).

Содержательные расстройства заключаются в том, что одна информация приобретает большую ценность по сравнению с другой, при этом в качестве критерия истинности утверждения берется произвольный субъективный конструкт. Здесь нарушается не сам процесс обработки информации, а объяснение событий. Причиной этого могут быть слабая селекция внешних раздражителей и восприятие нерелевантной информации (из-за слабости системы восприятия), придание преувеличенного значения событиям и содержанию памяти в ущерб актуальной информации и т. п.

Недостаточная системная регуляция (метакогниция) касается систематического обращения к предшествующему опыту и личностному опосредованию процесса мышления. Сюда включается,

например, одновременная обработка нескольких аспектов проблемы, создание общего плана мышления, поиск подходящей информации из разных источников, координация мыслительных усилий, обращение к самому себе с вопросами с одновременным представлением себя как стороннего человека, не занятого сиюминутным решением проблемы (умение увидеть себя над проблемой, абстрагироваться от конкретных мешающих условий). Недостаточная системная регуляция может быть обусловлена травматическими и токсическими поражениями, опухолями, воспалительными процессами лобных долей мозга. Системная регуляция мыслительных процессов также нарушается под влиянием сильных эмоциональных перегрузок.

Степень когнитивной структурированности мышления определяет то, как человек воспринимает, категоризирует, помнит и использует в своих действиях и поступках информацию о внешнем мире. Если оглянуться вокруг, то мы не сможем увидеть вокруг себя ни одного элемента реальности, которому бы не соответствовало определенное описывающее его понятие — языковая форма, обобщающая по какому-либо критерию самые разнообразные конкретные предметы и явления. В каждое понятие включено то или иное представление об объекте видимой реальности: его общие и частные (отличительные) признаки, существенные и несущественные характеристики. Именно понятия делают для нас видимыми, знаемыми, понимаемыми те или иные стороны предметов и явлений реальности, которыми мы затем пользуемся в практической деятельности. Именно в понятиях выделяется главное и несущественное в восприятии многочисленных сторон окружающей нас реальности. Следовательно, какова понятийная сетка реальности (т. е. когнитивная структура мира), таково отношение человека к ее элементам, таково его поведение. Понятия упорядочивают имеющийся у нас жизненный опыт и формируют субъективное пространство взаимодействия. Несовпадение содержания и значений субъективных понятий неизбежно приводит к рассогласованию действий и поступков людей. Именно поэтому к мышлению предъявляется требование оперировать общепринятыми понятиями.

Чем больше в мышлении понятий, структурирующих реальность, и чем более развернуто их содержание, тем большее основание имеется у каждых конкретных человеческих действий. Это основание и получило название *когнитивной структурированности*.

Когнитивная структурированность включает в себя три признака: 1) дифференцированность, 2) дискриминативность, 3) интегрированность. *Дифференцированность* представляет собой совокупность характеристик, которыми человек наделяет окружающую реальность: чем больше характеристик, тем более насыщенным и разным воспринимается окружающий мир. *Дискриминативность* характеризует способность человека различать в многообразии конкретных предметов и явлений содержательные аспекты, относящиеся к одному и тому же параметру реальности. *Интегрированность* представляет собой переплетение разных характеристик и содержательных аспектов одного предмета или явления, восприятие их целостности, а не разорванности, на основе общего главного признака, составляющего ядро понятия о чем-либо.

Высокая степень когнитивной структурированности означает, что человек воспринимает окружающий мир в многообразии основных элементов, связывая их между собой по определенным правилам. Благодаря высокой когнитивной структурированности человек оказывается восприимчивым к новой информации, устойчивым к многозначности мира и субъективных переживаний и обладает выраженной поленезависимостью (т. е. полагается на самого себя, а не на мнение окружающих).

Низкая степень когнитивной структурированности выражается в однозначном, выборочном восприятии отдельных основных элементов мира, которые так же связываются между собой по определенным правилам. Однако выборочность восприятия мира делает его уязвимым перед новой информацией, поскольку она грозит разрушением целостности основных психических процессов. Для сохранения психической целостности и устойчивости когнитивно простые люди обращаются за поддержкой к мнению окружающих, т. е. имеют высокую полезависимость.

Низкая когнитивная структурированность сопровождает такие психические расстройства, как депрессии, аддиктивное и асоциальное поведение; поскольку у человека в этом случае формируется ущербное субъективное представление об окружающем мире и себе, он выбирает такие способы взаимодействия с миром, которые приводят к ошибкам и конфликтам с окружающими, и испытывает затруднения в изменении имеющихся дезадаптивных стратегий социальных отношений и взаимодействия.

В отечественной клинической психологии все нарушения мышления, вслед за Б. В. Зейгарник, объединяют в три вида: 1) нарушения операционной стороны мышления; 2) нарушения динамики мышления; 3) нарушения личностного компонента мышления /13/.

4.5.1. Нарушения операционной стороны мышления.

Это нарушения процессов обобщения и опосредования. Два варианта таких нарушений: а) *снижение уровня обобщений* и б) *искажение процесса обобщения*. Снижение уровня обобщений состоит в том, что в суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях, оперирование общими признаками заменяется установлением сугубо конкретных связей между предметами.

4.5.2. Искажение процесса обобщения.

Обобщаются случайные стороны явлений, существенные же отношения мало принимаются во внимание. Больные могут руководствоваться чрезмерно общими признаками, выходящими за пределы содержательной стороны явлений, либо чисто внешними, несущественными признаками. Основной признак искажения — бессодержательные или выхолощенные обобщения. Больные имеют искаженные представления о реальности, мало интересуются реальной обстановкой, пытаются к незначительным явлениям подходить с «теоретических» позиций. Речь носит вычурный характер.

4.5.3. Нарушения динамики мышления.

Нарушения темпа: ускорение и замедление мышления. Ускорение — увеличение количества ассоциаций в единицу времени. Мысли поверхностные, малодоказательные, возникает скачка идей (непрерывная смена тематики речи в зависимости от предметов, случайно попавших в поле зрения). Замедление — уменьшение числа ассоциаций в единицу времени. Лабильность — редко встречающийся феномен, который заключается в быстрой смене темпа: сначала резкое ускорение, сменяющееся резким замедлением. *Нарушения подвижности мышления (тугоподвижность мышления, торпидность, ригидность, инертность).* Детализация, обстоятельность, вязкость. Детализация — постоянное вовлечение в мыслительный процесс второстепенных несущественных подробностей (нарушение экономичности мышления). Обстоятельность — выраженная детализация, сочетающаяся с систематическим застреванием на побочных ассоциациях при последующем возвращении к основной мысли (лабиринтное мышление). Вязкость — крайняя степень обстоятельности, при которой детализация так искажает основную мысль, что делает ее непонятной. Теряется способность удерживать центральную линию разговора, трудно вернуться к теме беседы. В ЭПИ отмечается сохранность обобщений, однако ошибки возникают при переключении на новый способ решения задачи.

4.5.4. Нарушения личностного компонента (нарушения целенаправленности мышления).

Этот вид нарушений связан с серьезными изменениями в мотивационной сфере личности. Влияние изменений мотивационной сферы уже можно наблюдать в искажении процесса обобщения. Однако есть нарушения, в которых изменения личностного компонента мышления проявляются особенно ярко, что и заставило Б. В. Зейгарник выделить их в отдельную группу. Суть мышления составляет оперирование существенными аспектами реальности. Однако существенным у человека оказывается то, что приобрело смысл в процессе жизнедеятельности. Другими словами, признаками нарушения выступает не частота проявления какого-либо признака или свойства мышления, а роль, которую оно играет в жизни человека. У смысла есть две стороны: индивидуальный и общественный (предметно-объективный, конвенциальный). В разных обстоятельствах доминирует то один, то другой, однако конвенциальный смысл всегда оказывается доминирующим критерием, обеспечивающим однозначность продуктов мыслительной деятельности разных людей. Нарушение целенаправленности мыслительных процессов связано с приданием большей значимости индивидуальному смыслу в ущерб общественному.

Виды таких нарушений мышления: *витиеватость, соскальзывание, резонерство, разноплановость, аморфность, разорванность*.

Витиеватость — слишком пространные рассуждения, излишние для понимания излагаемой мысли.

Соскальзывание (непоследовательность мышления) — внешне немотивированные, неожиданные эпизодические переходы от одного содержания к другому по случайной ассоциации или несущественному для конечной цели рассуждения признаку. После соскальзывания больной способен продолжить последовательность основного рассуждения. Здесь нет ускорения темпа мышления, мысль между соскальзываниями сохраняется.

Резонерство — пространные рассуждения по несущественному поводу. Основу резонерства составляют банальные нравоучения, морализированные истины, известные изречения. Речь

сохраняет правильность, но многословна, изобилует причастными и деепричастными оборотами, вводными словами. Здесь происходит отрыв от контекста и ситуации общения, когда различные значения слова сопоставляются сами с собой, а выбора адекватного значения не происходит. Мыслительный процесс направлен не на цель, задаваемую ситуацией, а на «более общую», «универсальную» цель. В резонерских суждениях преобладает стремление подвести любое незначительное явление под «концепцию». Отрыв от реальности превращает мысли в «умственную жвачку» (И. Павлов). У таких больных речь не облегчает выполнение задания, а затрудняет его: произносимые слова вызывают случайные ассоциации, которые их отвлекают.

Разноплановость — постоянная необоснованная смена оснований для построения ассоциаций. В результате мысль лишается основного стержня, иногда объединяются несочетаемые понятия. Суждения об одном и том же феномене одновременно протекают на разных уровнях.

Аморфность — нечеткое использование понятий (непонятно, о чем говорит больной).

Разорванность — отсутствие связей между отдельными умозаключениями. Выделяют логическую и грамматическую разорванность. Логическая — нет логической связи между отдельными компонентами мысли. Грамматическая — набор отдельных, несвязанных слов (шизофазия). Словесная окрошка.

С нарушениями личностного компонента мышления связан такой класс нарушений, как ***нарушения содержания мышления***. Сюда относится формирование *навязчивых*, *сверхценных* и *бредовых идей*.

Навязчивые идеи (обсессивные мысли)[12] — это непроизвольно возникающие мысли, содержание которых не несет адекватной информации или вступает в значительное противоречие с системой личных ценностей. Неадекватность содержания в этом случае понимается и критически оценивается человеком, но возникновение таких мыслей непроизвольно, от них невозможно освободиться, и человек испытывает эмоциональный дискомфорт от их наличия. Обсессивные мысли представляют собой идеи, образы или побуждения к действию, которые в стереотипной форме вновь и вновь приходят на ум больному, и борьба с ними совершенно безуспешна. При этом они воспринимаются не как чуждые, навязанные, а как собственные мысли. Например, женщина может мучиться страхом, что она может случайно не устоять перед желанием убить любимого ребенка. Или мужчина страдает от непристойных, не соответствующих своим представлениям о собственной личности, навязчивых образов, желаний, представлений. Среди навязчивых мыслей выделяют навязчивые сомнения, навязчивые абстракции (манипулирование цифрами или «умственная жвачка» — изнуряющее мудрствование на отвлеченные темы), контрастные мысли (содержание которых противоречит мировоззрению или морально-этическим принципам личности) и навязчивые воспоминания. Важной частью обсессивных мыслей являются бесплодные рассуждения, не приводящие ни к какому конкретному решению. Навязчивые мысли возникают в результате воздействия психотравмирующих обстоятельств жизни (тогда содержание мыслей отражает эти обстоятельства), или же они возникают в случаях повреждения базального ганглия, поясной извилины и префронтальной коры (тогда содержание мыслей никак не связано с обстоятельствами жизни или же быстро от них отрывается).

Вслед за возникновением навязчивых мыслей вскоре возникают навязчивые (компульсивные) действия, которые имеют характер ритуальной защиты и снимают душевный дискомфорт, возникающий при возникновении мыслей. Осуществление этих действий (ритуалов) не приносит человеку удовлетворения, и он сам понимает бессмысленность их совершения, однако не может их не совершать (поскольку они связаны с обсессивными мыслями). Ритуальные действия придают человеку ощущение контроля над ситуацией, которая субъективно воспринимается как опасная. Действие же играет роль символической защиты от этой опасности. Осознание их бессмысленности приводит к нерешительности и медлительности.

У детей и подростков наиболее распространены навязчивые мысли, связанные с боязнью заражения, заболевания, причинения вреда себе или другим. Также навязчивости могут возникать в связи с сексуальной, религиозной озабоченностью, а также озабоченностью своим телом (внешний вид, функции и т. д.).

В ряде случаев навязчивые мысли сочетаются с нарушениями аффективной сферы личности, приводя к возникновению тревожных расстройств. Навязчивые действия как раз и предпринимаются для ослабления тревоги и напряжения, вызываемых навязчивыми тревожными мыслями.

---

[12] *Обсессия* — состояние тревоги, страха по поводу возникновения мыслей определенного содержания (чаще всего непристойного, агрессивного или бессмысленного).

Сверхценные идеи — логически обоснованные убеждения, тесно связанные с мировоззрением личности, базирующиеся на реальных ситуациях и обладающие большим эмоциональным зарядом. Они приобретают неадекватное по степени значимости доминирующее положение в жизни человека, подчиняют себе всю его деятельность, что приводит к дезадаптации. Содержание сверхценных идей отражает мировоззрение личности, критика отсутствует или носит формальный характер. Сверхценные идеи побуждают человека действовать в соответствии с их содержанием. Так организованное мышление суживает круг интересов личности, приводит к избирательному восприятию реальности. Со временем сверхценные идеи могут утрачивать свою актуальность. Сверхценные идеи содержательно могут быть связаны с переоценкой следующих факторов:

— биологических свойств своей личности (дисморфофобические сверхценные идеи — убежденность в наличии биологического дефекта или недостатка; ипохондрические сверхценные идеи — преувеличение тяжести своего заболевания; идеи сексуальной неполноценности, идеи физического самоусовершенствования);

— психологических свойств своей личности (идеи изобретательства, реформаторства и талантливости);

— социальных аспектов функционирования личности (идеи вины — преувеличение значимости реальных поступков; эротические идеи — обычные знаки внимания расцениваются как признаки страстной влюбленности других лиц; идеи ревности — убеждения в неверности партнера, основанные на реальных фактах, не имеющих характера достоверных доказательств; идеи сутяжничества или кверулянства — убежденность в необходимости борьбы с малозначимыми недостатками, возводимыми в ранг борьбы с социальной несправедливостью).

Бредовые идеи (бредовые расстройства мышления) — навязчивые, последовательно и энергично отстаиваемые ложные умозаключения, не соответствующие реальности (в их основе лежат нереальные события и факты, например, приписывание себе или другим мнимых, несуществующих качеств, поступков и т. д.), которые упорно поддерживаются личностью, несмотря на аргументы и доказательства обратного. Однако если подобные умозаключения предписываются определенной культурой или субкультурой, к которой принадлежит человек, то они не должны характеризоваться как бредовые. Бред может иметь монотематическое или систематизированное политематическое содержание. Содержание бреда, его начало зачастую связаны с жизненными обстоятельствами, однако факты здесь приобретают искаженную, одностороннюю трактовку и вскоре полностью отрываются от действительности. Кроме поступков и личностных позиций, имеющих непосредственное отношение к содержанию бреда, эмоции, речь и поведение в целом не отличаются от нормальных. Большинство бредовых расстройств, по-видимому, не связаны с шизофренией, хотя при шизофрении нередко развивается бред в качестве компенсаторной реакции на искаженный процесс восприятия (вообще же при шизофрении расстройства психической деятельности изменяют чувство своей индивидуальности, неповторимости и целенаправленности). Самостоятельным бредовым расстройством является паранойя — наличие бреда ревности, бреда величия или бреда преследования.

4.6. Нарушения эмоциональной сферы.

Эмоции являются особым классом психических состояний, отражающих в форме непосредственного переживания общее позитивное или негативное отношение человека к окружающему миру, людям и самому себе. Это переживание определяется соответствием свойств и качеств, имеющихся у объектов и явлений реальности, специфическим потребностям и нуждам индивида. Сам термин «эмоции» происходит от латинского глагола *emovere* — двигать, возбуждать, подбадривать, волновать. Эмоции всегда выполняют функцию побуждения к активности, поэтому эмоциональную сферу личности иногда называют эмоционально-волевой. Наличие эмоций обеспечивает живые организмы, обладающие развитой нервной системой, более активным целенаправленным поведением по удовлетворению своих потребностей. В настоящее время признается тот факт, что эмоции играют существенную роль в обеспечении информационного взаимодействия организма и среды /1/. Физиологическую основу эмоций составляет активность нервного аппарата, компенсирующая в процессе жизнедеятельности организма дефицит информации, необходимой для организации действий по удовлетворению потребностей. Таким образом, эмоция есть результат отражения какой-либо потребности человека и оценки вероятности ее удовлетворения в наличных условиях на основе индивидуального и генетического опыта. Выраженность эмоционального состояния зависит от значимости потребности и дефицита информации, необходимой для ее удовлетворения /41/. Отрицательные эмоции возникают у человека при дефиците необходимой для удовлетворения потребности

информации, тогда как положительные — при наличии всей необходимой информации. Особое внимание информационная теория эмоций обращает на то, что возникновение эмоции связано не с наличием потребности, не с ощущением комфорта или дискомфорта, а с оценкой перспективы удовлетворения потребности.

В эмоциях имеется три составные части:

1) *аффект* (острое переживание приятности или неприятности, эмоциональное напряжение, возбуждение);

2) *когниция* (осознание своего состояния, обозначение его словом и оценка перспективы удовлетворения потребности);

3) *экспрессия* (внешнее выражение в телесной моторике или поведении).

Относительно устойчивое и всеобъемлющее эмоциональное состояние называется *настроением*. В связи с тем обстоятельством, что потребностная сфера человека включает помимо биологических социальные потребности, эмоции, возникающие на основе относительно стабильных социальных и культурных потребностей, получили название *чувств*.

Различают первичные (основные) и вторичные (сложные) эмоции. К первичным эмоциями относят: радость, печаль, тревогу, гнев, отвращение, стыд, удивление. К вторичным эмоциям относят различные смешения первичных эмоций, а также эмоций и их узких интерпретаций (например, гордость — это радость, содержащая элементы внутренней каузальной атрибуции причастности себя к возникновению позитивного события).

Расстройства эмоциональной сферы заключаются в болезненных переживаниях тех или иных эмоциональных состояний. Основное нарушение заключается в изменении эмоционального состояния в сторону угнетения или подъема. Нарушения в эмоциональной сфере включают в себя *гипотимию, гипертимию, паратимию*, а также нарушения *динамики* эмоций.

Гипотимия представляет собой хроническое снижение эмоциональности по всем трем компонентам (аффект, когниция, экспрессия), что выражается в угнетении всех психических процессов, снижении общей активности человека и его безразличии к внутренним и внешним стимулам. Основное эмоциональное состояние при гипотимии — *подавленность и тоска (иногда злобно-тоскливое настроение — дисфория)*. Крайним проявлением гипотимии является *депрессия* — хронически сниженное настроение, характеризуемое ярко выраженным ощущением неадекватности, чувством отчаяния, пессимизмом.

Одним из менее выраженных проявлений гипотимии является ***дистимия*** — хронически сниженное, подавленное настроение, когда все становится трудным и ничто не доставляет удовольствия (ангедония). Дистимия характеризуется наличием мрачных размышлений, сниженной самооценкой, чувством безнадежности, плохим сном, человек теряет интерес к событиям повседневной жизни, испытывает трудности в концентрации внимания, часто утомляется, но других нарушений психической и социальной деятельности нет. Она часто возникает у людей, испытавших длительный стресс или внезапную утрату. В отличие от депрессии, состояние обычно ухудшается к вечеру. Дистимические нарушения часто трактуются как невротическая депрессия. Однако однозначного ответа, является ли дистимия только расстройством эмоциональной сферы, или она связана с личностными (невротическими) изменениями, пока нет.

Гипертимия представляет собой устойчивое эмоциональное возбуждение, чрезмерную эмоциональность. Основное эмоциональное состояние при гипертимии — *эйфория*: ощущение очень сильного душевного подъема, сопровождающееся чувством безудержного оптимизма, благополучия и повышенной моторной активностью. Для обозначения крайнего проявления неадекватно повышенного настроения используется термин *«мания»*. Маниакальные состояния характеризуются повышенным настроением, увеличением объема и темпа психической и физической активности. Различают две формы маниакальных расстройств: *гипомания и мания*.

Гипомания — легкая степень мании, когда отмечается постоянный легкий подъем настроения (как минимум в течение нескольких дней), повышенная энергичность и активность, чувство благополучия и физической и психической продуктивности. Также часто отмечаются повышенная общительность, чрезмерная фамильярность, повышенная сексуальность и сниженная потребность в сне. Сопровождается повышенным самомнением и грубым поведением. При этом сосредоточение и внимание страдают, что приводит к значительным нарушениям трудоспособности.

Мания — неадекватное обстоятельствам приподнятое настроение, которое может варьировать от беспечной веселости до неконтролируемого возбуждения. Сопровождается гиперактивностью, речевым напором и сниженной потребностью в сне. Внимание рассредоточено, отмечается выраженная отвлекаемость, поведение расторможено, самооценка завышенная, идеи величия.

Могут возникать нарушения восприятия (более яркое восприятие цветов, озабоченность мелкими деталями). Человек предпринимает экстравагантные, необдуманные шаги, бездумно тратит деньги, становится агрессивным или сексуальным в неподходящих обстоятельствах. В некоторых случаях приподнятое настроение быстро сменяется подозрительностью и раздражением.

Паратимия представляет собой одновременное сосуществование двух противоположных по модальности эмоциональных состояний или несоответствие эмоциональной реакции вызвавшему ее поводу (эмоциональная неадекватность). Наиболее часто паратимия проявляется в симптоме «стекла и дерева», который является сочетанием сниженной эмоциональности с повышенной ранимостью, чувствительностью к отдельным аспектам реальности, при этом сила и качество эмоциональной реакции не соответствуют значимости раздражителя.

Нарушения ***динамики эмоций*** связаны с состояниями эмоциональной лабильности или ригидности. Эмоциональная лабильность представляет собой быструю и частую смену настроения. Эмоциональная ригидность заключается в замедлении эмоциональной реакции, застревании на какой-то одной эмоции даже в отсутствие вызвавшего ее раздражителя. Основными расстройствами динамики эмоций являются *биполярное аффективное расстройство и циклотимия*.

Биполярное аффективное расстройство характеризуется повторными эпизодами смены настроения и значительного нарушения активности (чередование состояний мании и депрессии), когда подъем настроения и активности сменяется снижением настроения и активности. Раньше биполярное аффективное расстройство трактовалось как маниакально-депрессивный психоз. Сегодня считается, что смены настроения могут наблюдаться и без психотических симптомов.

Циклотимия — менее выраженное состояние хронической нестабильности настроения с многочисленными эпизодами легкой депрессии и легкой приподнятости. Временами настроение может быть нормальным. Изменения настроения при циклотимии обычно воспринимаются человеком как не связанные с текущими жизненными событиями.

Нарушения в эмоциональной сфере могут выступать как самостоятельные расстройства, как компонент других психических расстройств и как последствия состояний значительной фрустрации.

Те или иные эмоциональные состояния признаются патологическими, когда их *содержание*, *частота возникновения*, *интенсивность* и *устойчивость* признаются людьми неадекватными с социальной или индивидуальной точек зрения.

По содержанию эмоциональные состояния признаются патологическими, когда они не соответствуют обстоятельствам, при которых принято испытывать такие состояния. Например, различают содержательно специфичные (т. е. связанные с определенными обстоятельствами) и неспецифичные эмоции. Примером служит различение тревоги как общего беспредметного смутного чувства напряжения и беспокойства и страха как эмоционального состояния, возникающего в присутствии или предвосхищении опасного или вредного стимула.

По частоте возникновения, интенсивности и устойчивости (продолжительности) эмоциональные состояния признаются патологическими, когда они не вписываются в принятые культурой временные рамки их допустимого проявления и мешают выполнению различных социальных функций и обязанностей. Расстройства обычно характеризуются чрезмерной частотой возникновения, излишней интенсивностью и значительной продолжительностью отрицательных эмоций при недостаточности положительных эмоциональных состояний.

На признание эмоций патологическими также влияет *степень осознанности и реалистичности* эмоциональных состояний. Например, тревога может возникать в результате осмысленного прогноза развития ситуации или спонтанно, без видимых причин. Тревога также может быть признана окружающими неоправданной, т. е. не соответствующей реально складывающейся ситуации.

В современной клинической психологии главную роль в возникновении эмоциональных нарушений отводят когнитивным факторам (мыслям, представлениям, фантазиям). Следует различать эмоциональные состояния и эмоциональные реакции. Эмоциональные состояния возникают в определенных ситуациях, поэтому они характеризуются интенсивностью и продолжительностью (устойчивостью). Эмоциональные реакции связаны с кратковременным повышением интенсивности психического возбуждения под воздействием какого-либо сильного раздражителя. С прекращением деятельности раздражителя прекращается и эмоциональная реакция. Эмоциональные нарушения связаны с изменением *эмоциональных состояний*.

Выделяют две группы условий возникновения эмоциональных нарушений: внешние ситуационные условия, внутренние личностно обусловленные условия.

Как правило, жизненные ситуации воспринимаются и интерпретируются нами, принимая форму мыслей, представлений или фантазий, окрашенных той или иной соответствующей содержанию этих мыслей эмоцией. Следовательно, эмоции связаны с содержанием наших представлений о ситуациях, в которых мы оказываемся. Эти ситуации могут быть связаны как с частными условиями жизни индивида, так и с эпохальными, культурными, экономическими и политическими событиями, влияющими на жизнь и благосостояние человека (или воспринимаемыми как влияющие и имеющие значение в частной жизни индивида). Другими словами, каковы условия жизни человека с точки зрения возможностей удовлетворения его потребностей, таковы и эмоции, обеспечивающие субъективную оценку этих условий и мотивацию деятельности в данных обстоятельствах.

Внутренние личностно обусловленные условия связаны с особенностями психофизиологических механизмов эмоциональности и особенностями восприятия и когнитивной переработки информации о внешних событиях.

Психофизиологическую основу эмоций составляют нейрохимические и нейрогормональные процессы в диэнцефалической и лимбической системах мозга (гипоталамус, таламус, ретикулярная формация и миндалевидное тело). Главными биохимическими веществами, обеспечивающими эмоции, являются серотонин, адреналин, норадреналин, дофамин, ацетилхолин и опиаты. Изменение баланса этих веществ в организме может приводить к затруднениям в возникновении определенных эмоциональных состояний. Так, снижение уровня серотонина или норадреналина в мозге приводит к депрессии. С действием дофамина связана возможность возникновения положительных эмоций, с действием адреналина и норадреналина — отрицательных. В зависимости от уровня тестостерона и кортизола умеренное содержание в мозге норадреналина, адреналина, серотонина, дофамина и опиатов может лишать человека яркой эмоциональности (высокий уровень тестостерона и низкий — кортизола) или провоцировать состояние растерянности (низкий уровень тестостерона и высокий — кортизола).

С *особенностями восприятия* связано проявление основных первичных эмоций. У человека имеются врожденные формы эмоций, связанные с реагированием на генетически предопределенные внешние и внутренние стимулы среды. Генетически обусловленные эмоциональные реакции могут определять возникновение сложных эмоций в позднем возрасте, поскольку с ними связана «готовность» к возникновению соответствующих эмоциональных состояний. Так, можно говорить о генетически предопределенной готовности к боязни каких-либо объектов внешнего мира (пауков, змей, чужих людей). Восприятие человеком реальности управляет возникновением этих врожденных эмоциональных реакций в актуальном поведении.

На ранних этапах жизни большую роль играют процессы обусловливания тех или иных эмоциональных реакций и их закрепление (например, под воздействием травматического опыта раннего детства).

Те или иные эмоциональные состояния могут развиваться как привычные — на основе восприятия повторяющихся ситуаций. Возобновляющиеся ситуации приводят к постепенному «выключению» когнитивных процессов оценки однотипных ситуаций и автоматизации непосредственного эмоционального реагирования на восприятие сходной ситуации. Так, человек, имеющий опыт неудач (например, во время занятий в классе), уже только при одном попадании в класс начинает ощущать тревогу. Образование эмоций при этом не рефлектируется и причины состояния не осознаются.

Оценка информации, связанной с воспринимаемой ситуацией, составляет основную функцию эмоций. Сознательная оценка результируется в мыслях, ожиданиях, имеющих эмоциональную окраску. Негативные оценки (и соответственно, негативные эмоции) возникают из определенных систематических ошибок при переработке информации о ситуации. Эти ошибки касаются личности человека и перспектив удовлетворения его потребностей в этой ситуации /54/. К *ошибкам мышления*, производящим устойчивые эмоциональные состояния, относят:

— *произвольные выводы из имеющейся информации*;

— *избирательное игнорирование или пренебрежение какой-то частью информации*;

— *чрезмерная генерализация информации (распространение ее на более широкий класс событий)*;

— *переоценка или недооценка информации*;

— *персонализация ответственности за удачу/неудачу в данных условиях*;

— *жесткая дихотомия информации («хорошо/плохо», «черное/белое» и т. п.)*.

Эмоциональные состояния также связаны с содержанием «Я-концепции» (самооценки, оценки своего прошлого и будущего), каузальной атрибуцией личностно значимых событий и ожиданиями от предстоящих событий.

Так как восприятие и когниции принимают активное участие в возникновении и поддержании эмоциональных расстройств, то, соответственно, эмоции, активируя в памяти соответствующие им мысли и образы, поддерживают сами себя, что обеспечивает устойчивость эмоциональных нарушений.

Выделяют следующие классы эмоциональных нарушений: *тревожные расстройства и расстройства настроения*. При этом в качестве самостоятельных расстройств аффективной сферы могут рассматриваться только расстройства настроения. Тревожные расстройства правильнее определять не как аффективные, а как нарушения преимущественно когнитивного компонента эмоциональности (в международной классификации болезней они классифицируются в рамках особого типа расстройств — невротических или связанных со стрессом).

4.7. Тревожные расстройства.

Повышенная тревожность[13] является одним из наиболее часто встречающихся эмоциональных расстройств. Все люди в своей жизни испытывают **тревогу** — смутное, неприятное эмоциональное состояние, характеризующееся наличием дурных предчувствий, напряжения, беспокойства. Эмоция тревоги выполняет функцию сигнализации об опасности или неудачи в будущем и побуждает организм к поиску и конкретизации этой опасности. В определенном возрасте и в определенных ситуациях возникновение тревоги является вполне закономерным и нормальным явлением. Младенцы испытывают тревогу, когда их отлучают от матери, поскольку с матерью связана сама возможность их жизнедеятельности. Маленькие дети боятся находиться одни в темной комнате, поскольку мир кажется им полным опасностей, к которым они чувствуют себя неподготовленными. Дети боятся зубных врачей, которые могут сделать им больно. Школьники и студенты боятся экзаменов, на которых они могут получить неудовлетворительные отметки.

Тревога всегда возникает, когда мы делаем что-то важное, и в определенной степени она помогает нам действовать в угрожающих ситуациях более эффективно. Однако слишком интенсивная, не поддающаяся контролю тревога может проявляться как ощущение беспомощности, бессилия, неуверенности и блокировать целенаправленную деятельность или делать ее неэффективной. Например, человеку в ситуации тревоги свойственно прибегать к реакциям агрессии, бегства или ритуальных действий, увеличивающих ощущение субъективного контроля над ситуацией. Бегство (удаление неприятного события) или совершение ритуальных действий приводят к быстрому снижению тревоги. Ритуальные действия придают окружающей действительности единообразие и, следовательно, предсказуемость. А предсказуемость делает окружающий мир субъективно более безопасным. Чем чаще человек с неконтролируемой тревогой начинает избегать тревожащих ситуаций или справляться с ними посредством ритуальных действий, тем сложнее ему становится заниматься повседневными делами.

Кроме того, тревога может возникать в ситуациях, в которых нет объективных признаков угрозы или опасности, когда человек не осознает того, чего можно было бы опасаться. В этом случае всегда возникает необходимость дать приемлемое объяснение своему состоянию и подыскать предмет, на который может быть направлена тревога, что также запускает поведенческие механизмы совладания с тревожащей ситуацией — агрессию, бегство или ритуальные действия.

С эмоцией тревоги связаны два сильных чувства — *страха* и *паники*. **Страх** является *предметно конкретизированной* формой сильной тревоги, возникающей на присутствующий *в настоящий момент* объект. Тревога как более широкое понятие не имеет четко выраженной предметности, не предполагает наличие определенного объекта или ситуации и ориентирована на будущее (т. е. возникает не на реально присутствующий, а на возможный опасный объект). Устойчивый, интенсивный и не поддающийся рациональному объяснению (с позиции здравого смысла) страх определенного объекта или ситуации, в присутствии которого возникает непреодолимая потребность проявления агрессии или бегства, в клинической психологии называется **фобией**. **Паника** представляет собой сильный, тяжело переживаемый ограниченный во времени (обычно в пределах 15 минут), неожиданно возникающий страх, который сопровождается выраженными физическими реакциями — одышкой, головокружением, учащенным сердцебиением, дрожью, потовыделением, тошнотой. При панике почти всегда возникает чувство нереальности происходящего и развиваются «вторичные» страхи — смерти, сумасшествия, потери самоконтроля. Приступы паники часто приводят к постоянному страху

[13] *Тревожность* — склонность индивида к быстрому возникновению у него состояния тревоги по поводу реальных или воображаемых опасностей.

возникновения этих приступов. С различными формами проявления тревоги связано различение двух типов тревожных расстройств: *фобических* и *панических*.[14]

До тех пор, пока тревога или страх не мешает выполнению индивидуально значимых или важных социальных функций, она не признается болезненной. Так, боязнь собак, или пауков, или чужих людей может быть вполне оправданной, однако, если такой страх мешает выполнению важных дел, которые есть у любого подростка или взрослого человека, он превращается в расстройство. Если страх оказывает незначительное влияние на повседневную жизнь, то он является частью нормального развития. В норме с возрастом страхов становится меньше и появляются они реже, только в наиболее критических ситуациях. Уменьшение числа страхов связано с когнитивным развитием детей: научением распознавать действительно опасные и мнимо опасные ситуации. Кроме того, наличие умеренных страхов в раннем детском возрасте способствует развитию эмоциональности ребенка. Не случайно у всех дошкольников имеется специфический «пугательный» фольклор (например, истории про «черную руку» и т. п.).

Люди с тревожными расстройствами скорее не чаще беспокоятся по любому поводу, сколько испытывают *более интенсивные*, чем большинство окружающих, опасения или же имеют страхи, *не соответствующие нормативным представлениям* о том, чего должны бояться люди определенного возраста.

В отношении детской повышенной тревожности в обыденном сознании существует неправильное мнение о том, что детские страхи исчезают сами собой по мере приобретения нормального жизненного опыта. На самом деле многие дети, испытывающие повышенную тревогу, не избавляются от своих проблем в подростковом и зрелом возрасте /30/.

Фобические и панические расстройства возникают в результате взаимодействия двух групп факторов: нейробиологических и социальных. К нейробиологическим факторам относится специфическая гиперактивность лимбической системы, вызванная изменениями в балансе биогенных аминов: повышенное высвобождение организмом катехоламинов, высокий уровень метаболизма норадреналина, повышение уровня серотонина, снижение уровня гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), которая является нейромедиатором тормозных синапсов ЦНС. Эти специфически биологические механизмы предрасположенности к формированию фобических и панических расстройств реализуются в контексте специфических жизненных обстоятельств (частые стрессы, авторитарный стиль воспитания в семье, эмоционально холодные детско-родительские отношения в раннем детстве, жесткие морально-ценностные императивы, предъявляемые к человеку со стороны окружения), при которых от человека требуется сверхбдительность в отношении враждебных стимулов и развитие паттернов агрессии и защиты от воспринимаемого враждебным окружения. К сожалению, социально-психологические факторы возникновения тревожных и панических расстройств в клинической психологии изучены еще недостаточно.

Дети с тревожными расстройствами обладают нормальным интеллектом. У них отмечается нарушение избирательности внимания — «тревожная бдительность», связанная с повышенной тенденцией классифицировать относительно нейтральные раздражители как потенциально опасные. На когнитивном уровне у таких детей имеется тенденция к преувеличению степени опасности за счет прицельного поиска доказательств возможной опасности (в норме люди стремятся преуменьшить опасности и найти доказательства в пользу безопасности). Однако, скорее всего, психологические изменения процессов внимания и мышления не являются причиной развития тревожных расстройств.

К группе ***фобических расстройств*** относятся следующие нарушения:

— *тревожное расстройство в связи с разлукой (только в детском возрасте)*;

— *расстройство вследствие сиблингового соперничества*;

— *генерализованное тревожное расстройство*;

— *агорафобия*;

— *социофобии (социальная тревожность)*;

— *специфические (изолированные) фобии (животных, насекомых, высоты, уколов, экзаменов и т. д.)*.

Тревога в связи с реальной или возможной разлукой с людьми, к которым привязаны дети, является вполне нормальным явлением вплоть до 6-7-летнего возраста. Наоборот, отсутствие

[14] В американской клинической психологии тревожные расстройства рассматриваются более широко, поскольку главным признаком здесь является простой факт наличия тревоги. В европейской традиции, к которой относится и отечественная клиническая психология, в тревожные расстройства как патологию эмоций не включаются навязчивые и стрессовые расстройства.

такого страха свидетельствует о проблемности детско-родительских отношений и эмоциональной неразвитости ребенка. Форму расстройства эта тревога приобретает, когда она выходит за пределы статистической нормы по степени проявления или по возрасту проявления, мешая повседневным делам ребенка (учеба в школе, игры и отношения со сверстниками). У детей, страдающих этим расстройством, возникает не соответствующий их возрасту страх расставания с родителями (или другими близкими членами семьи) или страх оказаться вне своего дома. При этом страх может принимать одну из следующих форм:

— *нереалистичное поглощающее беспокойство о возможном вреде, которому могут подвергнуться родители за время разлуки*;

— *страх, что родители больше никогда не вернутся к ребенку*;

— *страх идти в детский сад или школу, потому что рядом не будет родителей (если ребенок боится идти в детский сад или школу, потому что считает, что в там с ним самим может что-то случиться, это не является страхом разлуки)*;

— *упорное нежелание идти спать без родителя*;

— *упорный страх оставаться дома без родителей*;

— *ночные кошмары, содержанием которых является разлука*.

Дети с тревожным расстройством в связи с разлукой требуют к себе особого внимания со стороны родителей, пристают к ним с пустяками, боятся новых ситуаций и часто имеют расстройства физического здоровья, направленные на то, чтобы удержать рядом с собой близкого человека (тошнота, боли в животе или голове, рвоты и т. д.). Они плаксивы, раздражительны, апатичны и имеют признаки аутизации, если чувствуют предстоящую разлуку с лицом, к которому испытывают привязанность. У таких детей часто формируется паттерн отказа от посещения школы. Он проявляется в том, что ребенок приходит в школу только на последние уроки или уходит из школы, не дожидаясь конца занятий. Нередко в качестве объективной причины ухода с занятий такой ребенок предъявляет жалобы на здоровье. Обострение расстройства обычно наступает после каникул, праздников или непродолжительной болезни. Но может возникнуть и после травматичных событий (таких, как смерть любимой кошки или несчастный случай с близким).

Высокий процент маленьких детей проявляют эмоциональное расстройство ***вслед за рождением младшего сиблинга*** (сестры или брата). В большинстве случаев это легкие расстройства, но иногда они могут приобретать стойкий и жестокий характер соперничества или ревности. Соперничество или ревность могут проявиться в виде заметной конкуренции за родительское внимание или любовь, которая сопровождается только негативными чувствами и открытой жестокостью или физической травмой к «предпочитаемому» сиблингу, его унижением, нежеланием делиться с ним, игнорированием его присутствия. Нередко такое расстройство сочетается с утратой ранее приобретенных поведенческих навыков (например, контроль над функцией кишечника или мочевого пузыря) и тенденцией к младенческому поведению. Обычно также возрастает конфронтационное и оппозиционное поведение в отношениях с родителями, вспышки необоснованного гнева и дисфории. Появляются мысли о собственной отгороженности и несчастливой судьбе.

Генерализованное тревожное расстройство чаще всего возникает в возрасте 10-14 лет и характеризуется постоянным, чрезмерным и неконтролируемым чувством тревоги и беспокойства почти по любому, даже незначительному поводу (например, что надеть для прогулки — вдруг эта одежда как-нибудь спровоцирует неприятное событие). Тревога не ограничивается определенными обстоятельствами, она возникает даже тогда, когда для волнения нет никаких причин, что проявляется в постоянном задавании вопроса «А что, если?». Наиболее часто при этом расстройстве бывают жалобы на беспокойство и неспособность расслабиться, возбужденное, нервозное состояние, мышечное напряжение, дрожь, потливость, ощущение сердцебиения, головокружения и головные боли, дискомфорт в области желудка и тошноту. Человек может быть раздражительным, утомляемым, иметь трудности с концентрацией внимания, с трудом засыпать и иметь неглубокий, беспокойный и недостаточный сон. У детей с генерализованной тревогой может быть особо выражена потребность в том, чтобы их успокаивали. В целях привлечения внимания они могут предъявлять различные соматические жалобы.

Дети с генерализованным тревожным расстройством склонны обращать внимание на любую пугающую информацию в новостях, книгах, фильмах и связывать ее со своей собственной жизнью. Они всегда ожидают наихудшего исхода событий и считают, что сами они никогда не смогут справиться с трудной ситуацией. Застенчивость, неуверенность в себе, постоянное ожидание поддержки, предъявление к себе завышенных требований и боязнь критики часто характеризуют личность детей с этим расстройством.

Агорафобия включает страхи любых ситуаций, могущих возникнуть в открытых пространствах вне дома. С боязнью открытого пространства обычно связано опасение действий толпы, невозможности быстро вернуться в безопасное, защищенное место, страх очутиться на людях в беспомощном состоянии. К агорафобиям относят страхи выходить из дома, ездить одному в транспорте, находиться в местах скопления людей. Человек становится полностью прикованным к дому. В крайнем случае он даже вообще отказывается от любой деятельности вне дома. В ряде случаев агорафобия может сопровождаться паническим расстройством.

Социофобия (социальная тревога) часто возникает в подростковом возрасте. Она концентрируется вокруг страха испытать внимание со стороны окружающих людей в сравнительно маленьких группах или в ограниченном пространстве (например, в школьном классе). Люди, страдающие социофобией, боятся обнаружить собственную некомпетентность или недостаточность в присутствии других людей, опасаются «позора» или замешательства, характеризующего их как «неумелых» партнеров. Поэтому они не любят публичных* выступлений и дел (особенно таких интимных, как еда или туалет), разговоров и встреч с незнакомыми людьми (не входящих в узкий круг семьи или близких коллег). Подростки с социофобией часто отказываются отвечать урок в классе или работать у доски. Они более замкнуты, чем окружающие дети, остро реагируют на критику и осуждение. Им тяжело посещать занятия в школе, участвовать в общественных мероприятиях, усваивать навыки социального взаимодействия. Попадая в центр внимания, люди с социофобией испытывают покраснение лица, тремор рук, тошноту, позывы к мочеиспусканию. Иногда они убеждены, что именно эти соматические проявления тревоги являются основной проблемой, по которой они избегают общества.

Следует иметь в виду, что социальная тревога и застенчивость в подростковом возрасте вполне нормальны. К социофобиям следует относить только чрезмерную и постоянную тревожность в публичных ситуациях. Одним из специфических проявлений социофобии является ***избирательный мутизм*** — отказ разговаривать в определенных публичных ситуациях. Обычно ребенок спокойно разговаривает дома или с близкими друзьями, однако молчит в школе или с незнакомыми людьми.

Специфические изолированные фобии всегда связаны со строго определенными ситуациями или объектами (животными, насекомыми, высотой, грозой, общественным туалетом, видом крови, экзаменом, уколом и т. п.), а также — заболеваниями. Для специфических фобий характерен страх перед чем-либо, что в конкретном случае для конкретного человека представляет ничтожную угрозу или не представляет опасности вовсе. У человека с таким расстройством возникает ярко выраженный, устойчивый чрезмерный или неоправданный страх при столкновении или предчувствии столкновения со специфическим объектом или ситуацией.

Как правило, попытки окружающих разуверить страдающих людей в том, что их страхи необоснованны, не приводят к результату. Считается, что специфические фобии возникают в результате биологической предрасположенности к приобретению определенных страхов, связанных с источниками возможных опасностей.

В зависимости от фокуса страха выделяют пять типов специфических изолированных фобий:

— *фобии животных*;

— *фобии явлений природной среды*;

— *фобии крови, инъекций и травм*;

— *ситуативные фобии (полет в самолете, прохождение по мосту, езда в лифте и т. п.)*;

— *прочие фобии (например, громких звуков, болезней и т. д.)*.

Специфические фобии могут формироваться в любом возрасте, но чаще всего — в возрасте 10-13 лет. Если фобии формируются в возрасте до 9 лет, их следует признать нормальными. Патологическими специфические фобии становятся тогда, когда они существуют длительное время и оказывают сильное фрустрирующее и деструктивное влияние на ребенка.

Основным признаком ***панических расстройств*** являются частые повторные приступы чрезвычайно сильного страха и дискомфорта, которые не связаны с определенной ситуацией или опасными обстоятельствами и поэтому непредсказуемы. Ранее панические расстройства классифицировались в клинической психологии как «латентная тревога» или «невроз сердца». Сами по себе приступы паники, если они возникают в связи с имеющимися фобиями (например, при виде пауков или чужих людей) или на фоне депрессии, не являются самостоятельным психическим расстройством. Однако в подростковом возрасте (в период 15-19 лет) в связи с началом сексуального созревания у ребенка могут начаться спонтанные панические атаки, связанные с неожиданно возникающими сердцебиениями, болями в груди, ощущениями удушья, головокружений, слабостью в ногах, обмороками и чувства нереальности происходящего. Так как этим атакам ребенок не может найти рационального объяснения, у него часто возникает страх

потери контроля над собой или страх сумасшествия, может возникать страх внезапной смерти. У людей, переживших большое число неожиданных, ничем не обусловленных панических атак, развивается вторичный страх возникновения таких приступов. Они начинают избегать специфических ситуаций, мест, видов деятельности, в которых возникали эти страхи, а также начинают бояться остаться одни, без посторонней помощи и поддержки. На фоне панического расстройства могут возникать сопутствующие расстройства настроения — депрессии, дистимии, а также возникать склонность к злоупотреблению психоактивными веществами.

4.8. Расстройства настроения.

Настроение — это эмоциональное состояние, характеризующееся сменой радости и печали в зависимости от обстоятельств. Расстройства настроения характеризуются чрезмерной гипо- или гипертимией. К основным расстройствам настроения относятся *депрессивные расстройства и биполярное аффективное расстройство*.

Депрессия характеризуется переживанием глубокой печали, разочарования и уныния, которое сохраняется большую часть дня и почти ежедневно. Человек в депрессии не реагирует на внешние обстоятельства жизни, не проявляет интереса к выполнению всех или почти всех видов деятельности, не получает удовольствия от того, что раньше нравилось. Он отдаляется от своих друзей, семьи, предпочитая проводить время в одиночестве и размышлениях. Его размышления часто связаны с идеями или действиями, направленными на самоповреждение, самоуничижение. Будущее воспринимается мрачно и пессимистично. Человек с депрессией не чувствует в себе сил что-либо делать, склонен считать любые действия бессмысленными.

Любой нормальный человек испытывает депрессию, столкнувшись с несчастьем или безвыходной ситуацией, разочарованием в ком-либо или чем-либо. Однако у некоторых людей, в том числе — детей, такое состояние сохраняется в течение продолжительного времени: от трех месяцев до года. К сожалению, родители и педагоги часто «списывают» плохое настроение детей на недосыпание или «погоду» и не всегда усматривают в длительно протекающей депрессии психическое расстройство. Распознанию депрессии часто мешает то обстоятельство, что она нередко сопровождается повышенной раздражительностью, капризностью, истерическими выпадами, психомоторным возбуждением, деструктивным поведением, криками, язвительными злыми замечаниями (особенно если ребенка пытаются как-то активировать или заставить что-то делать, нарушают его одиночество и т. п.). С помощью возбуждения ребенок как раз и пытается справиться депрессией. Поэтому депрессивные расстройства совсем не обязательно делают человека печальным и унылым. Депрессивное расстройство также может проявляться в нарушениях сна (человек часто пробуждается ночью, очень рано просыпается по утрам без всякой причины, а днем испытывает сонливость, различные беспричинные боли, упадок сил), расстройствах приема пищи (слишком повышенный или, наоборот, пониженный аппетит). Специфическим признаком депрессивного расстройства является то, что по утрам настроение человека значительно хуже, чем к вечеру.

В зависимости от возраста дети по-разному переживают и проявляют депрессию. У дошкольников депрессивное расстройство чаще проявляется в форме унылого, пассивно-безразличного, аутичного (замкнутого в себе), заторможенного поведения. Они испытывают чрезмерную привязчивость, плаксивость. Им недостает фантазии в играх, живости и энтузиазма в игре. У подростков более выражена агрессивность и конфликтность, отчаяние и суицидальные тенденции, самоуничижительные мысли. Они часто ссорятся с родителями по поводу выбора друзей или позднего возвращения домой, испытывают сильное чувство вины и страдают от одиночества (в том числе — от одиночества «в толпе», когда имеющийся круг общения их не удовлетворяет). Именно потому, что деструктивное поведение привлекает к себе больше внимания, чем внутреннее состояние ребенка, депрессивное расстройство часто оказывается незамеченным. На фоне депрессивного расстройства часто возникают сопутствующие психические нарушения: тревожные расстройства, навязчивости, синдром гиперактивности и дефицита внимания, злоупотребление психоактивными веществами.

Депрессивные расстройства очень обманчивы, поскольку они часто проходят как бы сами собой. Однако впоследствии самопроизвольно разрешившиеся депрессивные расстройства увеличивают риск возникновения повторных депрессий и других психических расстройств.

Возникновение депрессий имеет множество причин. Каждый фактор — биологический, личностный, социально-психологический — может вносить свой вклад в их возникновение.

У людей, склонных к возникновению депрессивных расстройств, отмечается дисбаланс электрической активности лобных долей головного мозга. Основные нейробиологические

корреляты депрессии сосредоточены на гипоталамо-гипофизарно-надпочечной оси — эндокринной системе, регулирующей активность мозга во время реакции на стрессовые события: при депрессиях отмечается пониженная активность биогенных аминов (серотонина, норадреналина, дофамина) и повышенная секреция кортизола. При таком функционировании организма психика становится чрезвычайно чувствительна к стрессовым психосоциальным факторам — жизненным кризисам.

Именно кризисные жизненные события (переезд на новое место жительства, смена школы, смерть близкого человека, экономическая нужда и т. п.) следует признать основным провоцирующим фактором депрессивного расстройства. Роль этого фактора усиливается при сочетании с факторами «социальной уязвимости» — недостаточной социальной поддержкой личности, особенностями воспитания и враждебным социальным окружением.

В семьях, где ребенок страдает депрессией, к нему проявляется более критичное отношение, больший контроль, недостаток эмоционального общения /30/. Имеется тесная связь между детской депрессией и разладами в семье.

Предрасполагающую роль играют и личностные факторы. В первую очередь — дисфункция когнитивных процессов. А. Бек рассматривал в качестве личностной основы депрессивного расстройства изменения в системе отношения личности к себе, к другим и к своему будущему /53/. Негативные когнитивные схемы возникают в неблагоприятном опыте межличностных отношений (особенно в раннем детстве) и активируются в аналогичных стрессовых ситуациях. Отношения гиперконтроля между родителями и ребенком провоцируют у последнего чувство недостаточного контроля над неблагоприятными воздействиями извне, стремление получать положительное подкрепление только со стороны других (референтных) людей и тенденцию приписывать все неудачи собственной жизненной некомпетентности (пессимистический стиль атрибуции).

Биполярное аффективное расстройство характеризуется резкими, циклическими перепадами настроения между гипертимным и гипотимным полюсами. Бодрое настроение, повышенная энергичность и активность вдруг сменяются снижением настроения, понижением энергичности и активности. В зависимости от степени выраженности маниакального или депрессивного полюса в колебаниях настроения выделяют два типа биполярного аффективного расстройства. В случае выраженности маниакальных характеристик гипертимии речь идет о ***биполярном расстройстве первого типа***. Если нарушение протекает в рамках гипоманиакальной формы гипертимии, речь идет о ***биполярном расстройстве второго типа***.

Маниакальные (гипоманиакальные) эпизоды обычно начинаются внезапно и длятся от 2 недель до 4-5 месяцев. В это время человек проявляет сильную раздражительность и вспышки гнева или же просто ведет себя неразумно, легкомысленно. В общении он чрезвычайно болтлив и настойчив. Может «сорить» деньгами просто ради забавы, чрезмерно увлекаться азартными играми, стремиться к множественным сексуальным связям и флирту, браться за большой объем работы и с легкостью брать на себя чрезвычайную ответственность, легко возбуждаться в случае возникновения даже незначительных препятствий на своем пути. Может не чувствовать потребности в сне. В высказываниях прослеживается неадекватно завышенная самооценка, преувеличение собственной значимости и могущества, в намерениях полон грандиозных планов. Берется за множество идей сразу, не прорабатывая ни одну из них до конца, но вязко и детально рассуждая о частных аспектах своих мыслей. При этом также возникает рассеянность и постоянное переключение с одной мысли на другую.

Критичность по отношению к своим возможностям и способностям в маниакальном эпизоде резко снижается. В крайних случаях возникают бредовые и галлюцинаторные расстройства, тематика которых связана с неимоверной собственной значимостью и могуществом. При этом никаких логических объяснений своей значимости и могущества человек предъявить не может. Например, подросток с биполярным расстройством в маниакальном эпизоде может утверждать, что в будущем станет знаменитым ученым, и при этом игнорировать свои школьные неудачи, объясняя их некомпетентностью учителей и правом подростка самому выбирать себе предметные области, достойные изучения.

Через некоторое время эпизод крайнего возбуждения сменяется состоянием подавленности или спокойствия. Депрессивные эпизоды настроения при биполярном расстройстве могут предшествовать, сопровождать или следовать за маниакальным эпизодом. Депрессии при этом расстройстве имеют тенденцию к более продолжительному течению — в среднем около полугода. Если маниакальный эпизод имеет четко выраженное начало и завершение, то депрессия является постоянным фоном нарушения настроения. Несмотря на то, что в маниакальном эпизоде подросток выглядит бодрым и веселым, чрезмерно подвижным и активным, как правило, при более внимательном отношении к нему можно заметить, что приподнятое настроение контрастирует с происходящими в настоящий момент неприятностями, конфликтами и проблемами в школе или дома.

Смена полюсов настроения, как правило, связана с переживанием стрессовых ситуаций или психических травм.

Первый эпизод нарушения может возникнуть в любом возрасте, начиная с детства, кончая старостью. Но чаще всего начало приходится на возраст 15-19 лет. У большинства биполярное расстройство начинается с тяжелой депрессии, на фоне которой впоследствии отмечаются вспышки маниакального изменения настроения.

Биполярное расстройство имеет ярко выраженный наследственный характер: если один из родителей страдает биполярным расстройством, вероятность возникновения этого расстройства у ребенка составляет 25%; если оба родителя страдают биполярным расстройством, вероятность развития расстройства у ребенка составляет 50-75% /19/. Однако психосоциальные факторы играют важную роль в том, как проявится генетическая предрасположенность.

4.9. Нарушения сознания.

4.9.1. Общенаучная характеристика сознания.

Сознание является предметом изучения многих наук, каждая из которых исследует его определенную сторону. Психопатология изучает расстройства сознания, наступающие вследствие соматической, психической болезни или иных нарушений психической деятельности.

Сознание — наивысшая, свойственная только человеку функция головного мозга, выражающаяся в целенаправленном отражении мира, предварительном построении действий, предвидении их результатов, регулировании взаимоотношений человека со средой и познании мира. Сознание — это не только знание само по себе, но и отношение к познаваемому.

Сознание является функцией мозга. Кроме того, сознание определяется воздействием среды путем общественной практики, которая благодаря психической деятельности трансформируется в сознательное, субъективно-идеальное. Психическое развитие детей, живущих в условиях строгой изоляции или в среде животных, не достигает уровня сознания.

Физиологической основой сознания, по И. П. Павлову, является деятельность определенного участка коры большого мозга (творческого отдела больших полушарий), обладающего в данный момент, при данных условиях оптимальной возбудимостью. Физиологический механизм сознания с его целенаправленной деятельностью и предвосхищением цели предусматривает восприятие раздражений рецепторами, возникновение временных связей в ЦНС, правильное соотношение процессов возбуждения и торможения, их подвижность.

Таким образом, понятие расстроенного сознания охватывает совокупность многих взаимосвязанных и взаимообусловленных состояний. В психопатологии основным признаком расстройства сознания считают дезориентировку различной степени.

Психическая жизнь человека помимо сознания включает в себя и несознательные, или подсознательные психические процессы. Поэтому отождествление понятий сознания и психической деятельности ошибочно, так как психика может не достигнуть уровня сознания. Понятие психики шире понятия сознания, причем имеется различная градация степени сознательности психической деятельности. Кроме того, уровень развития сознания также неодинаков, например, у детей и у подростков, у ребенка и у взрослого.

Сознание — это не только знания сами по себе, как продукт познавательной деятельности, но и отношение к тому, что познается, целенаправленное предвосхищение будущего. С. С. Корсаков подчеркивал, что для сознания характерна именно связь знаний, обусловливающая целенаправленную деятельность. Сознание, таким образом, представляет собой не столько сумму психических процессов, сколько новое качество психики, вытекающее их всех ступеней познания.

Сознание включает в себя не только знание об окружающем мире, но и знание о себе — о своих индивидуальных и личностных свойствах. Поэтому в структуру сознания входит **самосознание** — выделение себя из объективного мира, осознание своей личности, своего тела, своих психических функций. Самосознание (частная сторона сознания) включает в себя осознание своего отношения к окружающему миру, своей деятельности в нем. Зрелый человек постоянно анализирует и оценивает свои мысли, чувства, переживания. Аналитическое размышление по поводу собственных мыслей и переживаний, обычно полное сомнений и колебаний, называется рефлексией.

Отделение своего внутреннего от внешнего называется этапом аллопсихического самосознания и формируется у человека в возрасте трех лет (с этого возраста в речи ребенка появляется местоимение «я»).

Этап формирования соматопсихического самосознания, т. е. способность оценивать свое физическое «я» начинается с умения ребенка правильно идентифицировать правую и левую стороны своего тела примерно в возрасте шести-семи лет. Лишь к 13-14 годам у человека появляется способность адекватно оценивать свое психическое «я» (этап аутопсихического самосознания). Таким образом, полное осознание себя во всех аспектах формируется лишь к пубертатному возрасту.

4.9.2. Определение сознания в психиатрии.

Понятие сознания в психиатрии не совпадает с его философским и психологическим содержанием. Оно является скорее «рабочим». Ведущий современный психиатр А. В. Снежневский говорит, что «если подходить к сознанию в философском смысле, то мы естественно должны сказать, что при всяком психическом заболевании высшая форма отражения мира в нашем мозге нарушается». Поэтому клиницисты пользуются условным термином нарушения сознания, имея в виду особые формы его расстройства.

С данным положением соглашается и С. А. Рубинштейн, говоря о целесообразности «разведения» психического нарушения и нарушения сознания, как обладающих специфическими признаками.

Это понятие сознания, которое А. В. Снежневский определяет как «условное», базируется на взглядах немецкого психиатра К. Ясперса, рассматривающего сознание как фон, на котором происходит смена различных психиатрических феноменов. Соответственно при душевных заболеваниях сознание может нарушаться независимо от других форм психической деятельности, и наоборот. Так, в историях болезни можно встретить выражения, что у больного имеет место бред при ясном сознании, нарушено мышление на фоне ясного сознания и т. п. Метафорические признаки «ясности» и «помрачения» сознания, введенные К. Ясперсом, стали определяющими для характеристики сознания в учебниках психиатрии до настоящего времени. Вслед за К. Ясперсом в качестве критериев помраченного сознания берутся:

1) дезориентировка во времени, месте, ситуации;

2) отсутствие отчетливого восприятия окружающего;

3) разные степени бессвязности мышления;

4) затруднение воспоминаний происходящих событий и субъективных болезненных явлений.

Для определения состояния помраченного сознания решающее значение имеет установление совокупности всех вышеперечисленных признаков. Наличие одного или нескольких признаков не может свидетельствовать о помрачении сознания.

Отрешенность от внешнего мира проявляется в нечетком и фрагментарном восприятии реальности, в утрате способности адекватно анализировать окружающую ситуацию, собственный опыт и делать соответствующие четкие выводы.

Дезориентировка выражается в нарушении ориентировки во времени, месте и даже в собственной личности. Иногда **у** больных отмечается так называемая двойная ориентировка, когда пациент находится одновременно в двух ситуациях, местах. Он убежден, что лежит в московской больнице и одновременно пребывает в командировке на Сахалине. Происходящие вокруг больного события совсем не привлекают его внимания или воспринимаются неправильно, искаженно (иллюзорное или галлюцинаторное восприятие).

Нарушение памяти выражается в частичной или полной амнезии всего периода нарушенного сознания.

Нарушение мышления — в бессвязности, замедленности темпа ассоциативного процесса, слабости суждения, проявлении вторичного бреда.

Клинические формы нарушения сознания. Патология сознания сопровождает многие психические и тяжелые соматические заболевания, но во всех случаях она укладывается в пять основных синдромов нарушенного сознания: оглушение, делирий, онейроид, сумеречное помрачение сознания, аменция. Появление этих синдромов свидетельствует об утяжелении клинической картины заболевания, это реакция мозга на ту или иную эндогенную или экзогенную вредность.

Оглушенное состояние сознания. Одним из наиболее распространенных синдромов нарушения сознания является синдром оглушенности, который чаще всего встречается при острых нарушениях ЦНС, при инфекционных заболеваниях, отравлениях, черепно-мозговых травмах.

Оглушенное состояние сознания характеризуется резким повышением порога для всех внешних раздражителей, затруднением образования ассоциаций. Больные отвечают на вопросы как бы «спросонок», сложное содержание вопроса не осмысливается. Отмечается замедленность

в движениях, молчаливость, безучастие к окружающему. Выражение лица у больных безразличное. Очень легко наступает дремота. Ориентировка в окружающем неполная или отсутствует. Состояние оглушения длится от нескольких минут до нескольких часов.

Различают три степени оглушения: обнубиляцию, ступор и кому.

4.9.3. Делириозное помрачение сознания.

Это состояние резко отличается от оглушенного. Ориентировка в окружающем при нем тоже нарушена, однако она заключается не в ослаблении, а в наплывах ярких представлений, непрерывно возникающих обрывков воспоминаний. Возникает не просто дезориентировка, а ложная ориентировка во времени и пространстве.

На фоне делириозного состояния сознания возникают иногда преходящие, иногда более стойкие иллюзии и галлюцинации, бредовые идеи. В отличие от больных, находящихся в оглушенном состоянии сознания, больные в делирии говорливы. При нарастании делирия обманы чувств становятся сценоподобными: мимика напоминает зрителя, следящего за сценой. Выражение становится то тревожным, то радостным, мимика выражает то страх, то любопытство. Нередко в состоянии делирия больные становятся возбужденными. Как правило, ночью делириозное состояние усиливается. Делириозное состояние наблюдается в основном у больных с органическими поражениями головного мозга после травм, инфекций.

Делирий заканчивается относительно кратковременной сомато-психической астенией, во время которой может сохраняться «галлюцинаторная готовность» (положителен симптом Липмана). Так протекает типичный делирий. Выделяют, кроме того, неразвернутый (абортивный), профессиональный и муссситирующий делирий.

4.9.4. Онейроидное (сновидное) состояние сознания.

Впервые описано Майер-Гроссом, характеризуется причудливой смесью отражения реального мира и обильно всплывающих в сознании ярких чувственных представлений фантастического характера. Больные совершают межпланетные путешествия, оказываются среди «жителей Марса». Нередко встречается фантастика с характером громадности: больные присутствуют «при гибели города», видят, «как рушатся здания», «проваливается метро», «раскалывается земной шар, распадается и носится кусками в космическом пространстве».

Иногда больной может остановить фантазирование, но незаметно для него в сознании вновь начинают возникать такого рода фантазии, в которых всплывает, по-новому формируясь, весь прежний опыт, все, что он читал, слышал, видел.

Одновременно больной может утверждать, что он находится в психиатрической клинике, что с ним разговаривает врач. Обнаруживается сосуществование реального и фантастического. К. Ясперс, описывая подобное состояние сознания, говорил о том, что отдельные события реальной ситуации заслоняются фантастическими фрагментами, что онейроидное сознание характеризуется глубоким расстройством самосознания. Больные оказываются не только дезориентированы, но у них отмечается фантастическая интерпретация окружающего.

При онейроиде больные ничего не помнят из того, что происходило в реальной ситуации, они вспоминают иногда лишь содержание своих грез.

4.9.5. Сумеречное состояние сознания.

Этот синдром характеризуется внезапным наступлением, непродолжительностью и столь же внезапным прекращением, вследствие чего его называют транзиторным, т. е. преходящим.

Приступ сумеречного состояния сознания кончается критически, нередко с последующим глубоким сном. Характерной чертой сумеречного состояния сознания является последующая амнезия. Воспоминание о периоде помрачения сознания полностью отсутствуют. Во время сумеречного состояния больные сохраняют возможность выполнения автоматических привычных действий. Например, если в поле зрения такого больного попадает нож, больной начинает совершать привычное с ним действие независимо от того, находится ли перед ним хлеб, бумага или человеческая рука. Нередко при сумеречном состоянии сознания имеют место бредовые идеи, галлюцинации. Под влиянием бреда и напряженного аффекта больные могут совершать опасные поступки. Сумеречное состояние сознания, протекающее без бреда, галлюцинаций и изменения эмоций, носит название *амбулаторного автоматизма* (непроизвольное блуждание). Страдающие этим расстройством больные, выйдя из дому с определенной целью, вдруг неожиданно и непонятным для себя образом оказываются в другом конце города. Во время этого бессознательного путешествия они механически переходят улицы, едут в транспорте и производят впечатление погруженных в свои мысли людей.

Сумеречное состояние сознания длится иногда чрезвычайно короткое время и носит название *absence* (отсутствие — фр.).

Сомнамбулизм (снохождение, лунатизм) — сумеречное помрачение сознания, представляющее собой вариант амбулаторного автоматизма, но в отличие от него наступающее во время сна.

Фуги и трансы — кратковременные сумеречные (1-2 мин.) помрачения сознания с двигательным возбуждением: больной куда-то бежит, снимает и надевает одежду, совершает другие импульсивные действия.

4.9.6. Аментивный синдром (аменция).

Помрачение сознания, проявляющееся дезориентировкой как в собственной личности, так и в окружающей обстановке. При этом на первый план выступают не страх и возбуждение, как при делирии, а растерянность, бессвязность мышления, речи и движений. Речь таких больных без модуляции, представляет собой бессмысленный набор слов, отличается обилием персевераций и вербигераций. У подростка в таком состоянии лицо выражает недоумение, растерянность, ему трудно осмыслить окружающее, он много раз спрашивает, где он, что происходит вокруг. Галлюцинаторные переживания носят отрывочный и нестойкий характер. В отличие от делирия, аментивный синдром характеризуется более длительным помрачением сознания (недели и даже месяцы), а по выходе из него отмечается амнезия. Наиболее часто это состояние наблюдается при психозах, возникших на фоне инфекционных заболеваний и интоксикаций (тяжело протекающий грипп, кишечные инфекции и др.)

4.9.7. Коматозное состояние.

Глубокое расстройство сознания, характеризующееся отсутствием реакции на внешние раздражители, нарушением жизненно важных функций организма. Если же при таком состоянии появляются защитные реакции на сильные раздражители внешней среды, говорят о ступоре, или ступорозном состоянии. Эти состояния у детей наблюдаются при тяжелых инфекциях и интоксикациях, эпилепсии, энцефалите, менингите, травматических повреждениях и опухолях мозга.

4.9.8. Деперсонализация.

Типичным проявление нарушения самосознания является *деперсонализация*, или чувство отчуждения от собственного «я», обычно касается личности в целом, включая отдельные психические и соматические функции.

Деперсонализация — это расстройство самосознания, при котором изменяется восприятие собственной личности, «своего я», утрачивается чувство единства личности. Собственные мысли и действия воспринимаются с чувством отчуждения, раздвоения, расчленения собственного «я». В этом состоянии больной говорит о себе в третьем лице, ощущает зависимость своих мыслей, неуправляемость ими, они являются для него как бы чуждыми, насильственно внушенными. Варианты деперсонализации многообразны, наблюдается она при многих психических заболеваниях, чаще всего при шизофрении.

Контрольные вопросы

1. Что лежит в основе нарушений ощущения?
2. Как в клинической психологии трактуется проблема интероцепции?
3. Что лежит в основе нарушений восприятия?
4. Чем характеризуется гиперкинетическое расстройство с дефицитом внимания?
5. Что является главной причиной расстройств коммуникации и нарушений развития школьных навыков?
6. Какие виды речевых расстройств вы знаете?
7. Чем характеризуется амнестический синдром?
8. По каким параметрам можно описать нарушения мышления?
9. В чем заключаются расстройства эмоциональной сферы?
10. Какова роль психосоциальных факторов в развитии эмоциональных расстройств?
11. В чем различия общенаучного и клинического определения сознания?
12. Какие нарушения психических функций являются признаками помрачения сознания?

Литература для дополнительного чтения

1. *Алейникова Т. В.* Возрастная психофизиология. — Ростов-на-Дону: Изд-во ООО «ЦВВР», 2000.

2. *Бухановский А. О., Кутявин Ю. А., Литвак М. Е.* Общая психопатология. — Ростов-на-Дону: ЛРНЦ «Феникс», 1998.

3. *Зейгарник Б. В.* Нарушения восприятия //Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. 2-е изд. — М.: Когито-Центр, 2000.

4. *Зейгарник Б. В.* Нарушения памяти //Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. 2-е изд. — М.: Когито-Центр, 2000.

5. *Зейгарник Б. В.* Нарушения мышления //Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. 2-е изд. — М.: Когито-Центр, 2000.

6. *Клиническая* психология /Под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб.: Питер, 2002.

7. *Когнитивное* и языковое развитие в младенчестве // Крайг Г. Психология развития. — СПб.: Питер, 2001.

8. *Мэш Э., Вольф Д.* Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. — СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003.

9. *Рубинштейн С. Я.* Экспериментальное исследование обманов слуха // Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. — М.: Когито-Центр, 2000.

Цитируемая литература

1. *Зейгарник Б. В.* Нарушения памяти // Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. — 2-е изд. — М.: Когито-Центр, 2000.

2. *Зейгарник Б. В.* Нарушения мышления // Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. 2-е изд. — М.: Когито-Центр, 2000.

3. *Клиническая* психиатрия: Пер. с англ., перераб. и доп. / Гл. ред. Т. Б. Дмитриева. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999.

4. *Клиническая* психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб.: Питер, 2002.

5. *Клузман Е. Ю.* Ипохондрический синдром. Автореф. дисс. д. мед. н. — Киев, 1984.

6. *Мэш Э., Вольф Д.* Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. — СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003.

7. *Селецкий А. И.* Психопатология детского возраста. — М., Просвещение, 1986.

8. *Симонов П. В.* Мотивированный мозг. — М.: Наука, 1987.

9. *Beck A. T. Depression.* Causes and treatment. Philadelphia: Pennsylvania Press, 1970.

10. *Beck A. T., Clark D. A.* Anxiety and depression: An information processing perspectives // R. Schwarzer, R. A. Wicklund (Eds.), Anxiety and self-focused attention. N.Y.: Harwood, 1991.

Раздел 5. Пограничные психические состояния.

Понятие *пограничных психических расстройств* возникло в нозоцентрическом подходе к определению состояния здоровья, в котором любое отклонение от какой-либо нормы трактуется в терминах патологии и болезни. По мере развития клинической психологии многие не столь существенные (в сравнении с грубыми нарушениями психической деятельности) отклонения от нормы нозоцентрически мыслящие психиатры начали расценивать как промежуточные состояния между здоровьем и тяжелым психическим заболеванием. Пограничные, с этой точки зрения, значит находящиеся на грани между нормой и патологией, здоровьем и болезнью, т. е. *нерезко выраженные* нарушения психической деятельности.

Пограничные состояния объединяют группу расстройств, в которых преобладает т. н. «невротический уровень» нарушений психической деятельности или поведения, при которых:

а) сохраняется критическое отношение человека к своему состоянию;

б) болезненные изменения происходят преимущественно в эмоциональной сфере личности и сопровождаются нарушением вегетативных функций;

в) нарушение вызвано психологическими (характерологические особенности личности), а не органическими причинами.

Эти расстройства отличаются отсутствием психотических симптомов, нарастающего слабоумия и деструктивных личностных изменений, поскольку имеют не органическую, а психогенную природу. Как отмечает отечественный психиатр Ю. А. Александровский, между здоровьем и

пограничным психическим расстройством невозможно установить никаких четких границ, поскольку на психическом уровне норма не имеет строгих объективных критериев /2/.

Оценка состояния в качестве здорового или пограничного чаще всего связана с действием механизма *адаптации личности к среде*. Всякое психическое нарушение можно трактовать в качестве стойкого нарушения приспособления к новым и трудным внешним и внутренним обстоятельствам жизни. В одних случаях дезадаптация вызывает психотические (бред, галлюцинации, автоматизмы), а в других — невротические (эмоциональные и поведенческие) нарушения.

Нейрофизиологическая схема механизмов, приводящих к психической дезадаптации, выглядит следующим образом: мозг как функциональная система, обеспечивающая поведенческий акт, включает в качестве важнейшей основы афферентный синтез, в процессе которого принимается решение о возможном действии с учетом ожидаемого будущего результата. Принятие и выполнение решения связаны с деятельностью акцептора результата действия, который благодаря механизмам памяти и обратной афферентации прогнозирует ситуацию («опережающее отражение»), контролируя и исправляя поведение. При психотравмирующих ситуациях возникают сильные отрицательные эмоции, толкающие к более энергичному поиску путей удовлетворения потребности, что может привести к нарушению афферентного синтеза, рассогласованию деятельности акцептора результата действия и неадекватному поведению.

Возникновение состояния психической дезадаптации возможно не при дезорганизации отдельных подсистем, а только при нарушении всей системы адаптации в целом. Одним из важнейших условий возникновения пограничного расстройства является несоответствие имеющихся у человека социальных и биологических возможностей для переработки информации, скорости ее поступления количеству, которое может быть избыточным или недостаточным. Избыток информации приводит к срыву в том случае, если человек не в состоянии ее переработать и использовать. Недостаток же информации (связанный с недостаточным использованием возможностей ее нахождения, восприятия, анализа и синтеза, хранения и применения) приводит к дезадаптации в ситуациях ограниченного времени.

На возможности поиска, восприятия, анализа, синтеза, хранения и применения информации влияют как биологические, так и социально-психологические факторы. Характер информации также имеет значение: в лишенной новизны, монотонной и однообразной, максимально предсказуемой среде функциональная активность психических процессов снижается. Для поддержания оптимального уровня необходимы новизна и непредсказуемость значения поступающей информации.

Важную роль в информационном обмене между организмом и средой играют эмоции (почему нарушения эмоциональной сферы при пограничных состояниях возникают в первую очередь). Эмоции сигнализируют о результатах действия: совпадают ли смоделированные параметры с полученными. Невозможность получения положительной эмоции в процессе обратной афферентации приводит к бесконечному поиску путей удовлетворения блокированной потребности. Эмоциональное состояние не только влияет на поведение, но и зависит от него, поскольку эмоции у человека носят выраженный идеаторный характер. Рассогласование между стремлениями, представлениями и возможностями и приводит к эмоциональным расстройствам. Наиболее часто при пограничных состояниях встречаются переживания страха, тоски, депрессии и лабильности настроения. Эмоции определяют валентность системы отношений человека как направленной социально зафиксированной связи личности с окружением. Именно поэтому качество отношений, связанное с личностно-типологическими характеристиками человека, также определяет нарушения системы адаптации и, следовательно, развитие пограничных состояний. А эмоциональный стресс занимает особое место в развитии любых психических нарушений.

Основу дезадаптации психической деятельности при пограничных формах расстройств определяет ослабленная активность системы психической адаптации, тогда как при психотических расстройствах активность системы психической адаптации ослабляется далеко не всегда: она чаще извращена или имеет частичные или тотальные поражения (разрушения).

Болезненные проявления нарушений психической адаптации в отечественной практике принято концептуализировать как *неврозы* и *психопатии*. При этом сюда также относят и кратковременные невротические реакции, а также личностные аномалии. Помимо неврозов и психопатий в ряд пограничных расстройств также включают *субпсихотические нарушения* (квазипсихозы — идео-обсессивные, помешательство сомнений, истерические, сенесто-ипохондрические, паранойяльные).[15]

---

[15] Ранее сходные идеи высказывались и отечественными физиологами — сторонниками кортиковисцеральной концепции, однако их работы были мало известны за пределами Советской России.

Проблема заключается в том, что при нарушениях биологического гомеостаза (органические психические нарушения) действует такой же механизм невротических реакций (отсюда попытки выделить в отдельные таксономические единицы — сопутствующие синдромы — неврозоподобные и психопатоподобные состояния, возникающие при различных заболеваниях).

Невротические реакции, невротические состояния и невротические развития личности являются узловыми пунктами динамики пограничных психических расстройств. Общая схема их развития такова: психическая травма (действие личностно значимой, отрицательно эмоционально окрашенной информации) приводит к невротической реакции; в свою очередь, при сохранении психотравмирующих ситуаций такие реакции складываются в стабильные состояния и приводят к дезадаптации социальной системы личности, в результате чего невротическое реагирование расширяется на другие стимулы; со временем психические переживания соматизируются. При наличии же конституциональной предрасположенности возникают патологические изменения в личности (психопатии). Однако сами по себе психопатические черты характера не являются болезненными проявлениями. Они становятся таковыми только под влиянием дезадаптирующих воздействий, когда происходит декомпенсация системы взаимодействия личности и среды.

Основная методологическая проблема в связи с пограничными психическими состояниями заключается в том, что на практике и неврозы, и психопатии, и органически обусловленные личностные изменения при различных соматических состояниях имеют сходные нейрофизиологические механизмы развития и сходные поведенческие формы выражения (симптомы). При этом патологические нарушения поведения внешне ничем не отличаются от нормальных поведенческих реакций человека в текущих ситуациях психоэмоционального напряжения.

В изолированном виде симптомы пограничных расстройств встречаются очень редко. По ведущим признакам традиционная отечественная клиническая психология выделяет **основные типы неврозов**: *неврастению*, *истерию*, *психастению* и *навязчивые состояния*. Однако деление это достаточно условное и проблематичное, поскольку в каждом конкретном случае симптомы всегда группируются и взаимодополняют друг друга в зависимости от личностных особенностей человека.

Понятие невроза было разработано в рамках биомедицинской модели психических болезней. Первоначально неврозом во французской школе психиатрии и клинической психологии называли нарушения нервной деятельности («болезнь нервов»). Затем этим термином стали обозначать целый спектр различных психических нарушений, для которых не удавалось обнаружить какого-либо органического расстройства в качестве ведущей причины наблюдаемого дефекта (отклонения в поведении). При этом всегда полагалось, что органическое расстройство непременно имеется, однако его трудно обнаружить и доказать причинно-следственные отношения между ним и видимым отклонением.

Начиная с работ З. Фрейда, неврозом (иногда — психоневрозом, чтобы провести четкое разграничение между неврологическим и функциональным нарушением) называют разнородную по своим проявлениям группу функциональных расстройств, имеющих общую характеристику — *выраженное состояние тревоги*. Сюда были отнесены такие нарушения психики и поведения, которые хотя и доставляли дискомфорт пациентам, были болезненными и мучительными для них, однако протекали легко, поскольку они не искажали базовых процессов восприятия и мышления, удерживая людей от грубых нарушений социальных норм.

В качестве основной причины невроза З. Фрейд видел внутриличностный бессознательный конфликт, который служит причиной хронического тревожного состояния и заставляет пациента прибегать к использованию защитных психологических механизмов. Проявление вытесненного содержания внутриличностного конфликта в конечном счете и выражалось в психических и поведенческих симптомах.

В рамках психодинамической концепции невроза выделяют следующие его виды:

— *тревожный*;

— *фобический*;

— *обсессивно-компульсивный (невроз навязчивых состояний)*;

— *истерический*;

— *(псих-) астенический*;

— *ипохондрический*;

— *депрессивный (невротическая депрессия)*;

— *деперсонализированный*;

— *невроз характера*;

— *нарциссический невроз*;

— *невроз внутреннего органа (конверсионный) и т. д.*

В отечественной науке базовым является определение невроза, данное психиатром В. А. Гиляровским:

Невроз — это болезненно переживаемые и сопровождаемые расстройствами в соматической сфере срывы личности в ее общественных отношениях, вызванные психическими факторами и не обусловленные органическими изменениями, с тенденцией к переработке (преодолению) возникшей ситуации и компенсации нарушений.

В этом определении акцент делается на длительной переработке личностью неразрешимой проблемной ситуации и неспособности адаптироваться к имеющимся условиям. Неспособность адаптации к сложным жизненным обстоятельствам складывается, по мнению отечественных авторов, из «слабости» психофизиологических механизмов (органического дефекта), особенностей развития личности, а также провоцирующих факторов, вызывающих сильное психическое напряжение /25/.

Особое значение в отечественных и психодинамических концепциях невроза придается процессу *личностного развития*. В качестве причинных факторов выделяют задержки психологического развития на различных возрастных этапах. Например, в качестве личности, склонной к невротическим реакциям, в психоанализе выделяют взрослого человека с «анальным характером». Личность с «анальным характером» — это человек, задержавшийся на анальной стадии развития личности по З. Фрейду и устойчиво демонстрирующий свойственные этой стадии характеристики поведения (упрямство, скупость, чрезмерная аккуратность). Возникающая в результате задержки на одном из этапов негибкая стратегия поведенческих реакций на изменяющиеся социальные ситуации (поскольку репертуар реакций оказывается ограниченным) и приводит к невротизации — развитию какого-либо невроза.

Другим причинным фактором невроза считают «психическую травму», тяжелую соматическую болезнь, эмоциональную депривацию в процессе общения со значимыми людьми (в первую очередь родителями, если речь идет о ребенке).

Критическими возрастами, предрасполагающими к развитию невротических реакций и неврозов, является период 7-11 лет, когда начинает активно формироваться *аффективная сфера* личности, и период 11-14 лет, когда активно развивается *идеаторная* (имеющая отношение к идеям, когнитивная) *сфера* личности /47/.

Для этапа формирования ***аффективной сферы*** личности характерны непосредственность и неустойчивость эмоциональных реакций, их быстрая смена, преимущественный интерес к текущим событиям и недостаточная оценка будущего. Если в этом возрасте (7-11 лет) ребенок переживает психическую травму (потеря родителей, конфликт между папой и мамой, развод родителей, длительная отлучка одного из родителей, соматическое заболевание, связанное с длительным пребыванием в больнице), то высока вероятность задержки аффективного развития. В дальнейшем эта задержка приведет к развитию в структуре личности эмоциональной неустойчивости, непосредственности реагирования на внешние события и, соответственно, к трудностям адаптации, к снижению способности адекватной оценки ситуации и построения планов на будущее.

На этапе развития ***идеаторной сферы*** личности сознание ребенка обогащается различными понятиями, развивается способность к умозаключениям, к построению долгосрочных планов действий. Подросток начинает самостоятельно мыслить, подвергать обсуждению те или иные факты, вскрывать закономерности социальной жизни. При возникновении психотравмирующих ситуаций в этом возрасте (11-14 лет) может снижаться интерес к окружающему, наблюдаться подавление эмоциональной связи с происходящими событиями из-за неприятных переживаний по поводу возникающих мыслей, идеи становятся оторванными от реальности. Внешне подросток с психотравмой кажется окружающим рано повзрослевшим, сдержанным, он стремится много читать, рассуждать о сложных проблемах. Однако на самом деле такое развитие создает предрасположенность к формированию в будущем невроза навязчивых состояний.

Большую роль в возникновении отклонений в развитии личности, могущих привести к развитию неврозов, играет *система отношений в семье* ребенка и *характер воспитания*, принятый в этой семье /11/.

В *психодинамическом подходе* больший акцент делается на характере детско-родительских отношений как ведущей причине неврозов. Отношение к ребенку рассматривается в глобальном аспекте принятия/непринятия (принятия/отвержения). С глобальным отношением к ребенку связано удовлетворение его базовых потребностей. В отношениях принятия и адекватной заботы, истинной любви (когда родители реагируют не только на витальные — голод, жажда, удовлетворение телесных потребностей, — но и на эмоциональные нужды ребенка), ребенок не

испытывает тревоги за свое будущее, адекватно познает мир и научается конструктивному взаимодействию с ним. Постоянное проявление заботы является особенно важным для развития такой функции «Я», как способность без опаски откладывать удовлетворение потребностей (*postpone gratification*) вследствие развития у личности уверенности в мире и доверия к нему. Способность откладывать удовлетворение потребностей позволяет человеку строить зрелые межличностные отношения, защищенные от срывов и чрезмерных эмоциональных переживаний.

В *отечественной психологии* больший акцент в объяснении факторов, предрасполагающих к развитию неврозов, делается на системе воспитательных мероприятий. При этом под неадекватным воспитанием понимается не столько сам стиль, сколько шаблонное, негибкое использование какого-либо одного из вариантов воспитательных воздействий без учета реальных обстоятельств. Наиболее частой причиной невротического развития личности считается воспитание в виде *гиперопеки* (гиперпротекции), которая может проявляться как «доминирующая» или «потворствующая», а также *противоречивый стиль* воспитания /11/.

Воспитание в виде **доминирующей гиперопеки** обязательно включает особую систему *разрешительного* или *ограничительного контроля* над поведением ребенка. Родители исходят из предпосылки, что они лучше, чем ребенок, знают жизнь, опытнее его, поэтому в любых обстоятельствах заранее стремятся обеспечить ему наилучшее решение любых проблем и преодоления препятствий, беря все трудности на себя и лишая ребенка права выбора. При доминирующей гиперопеке родители сами выбирают ребенку друзей, организуют его досуг, навязывая свои вкусы, интересы, нормы поведения. Эмоциональные отношения здесь обычно сдержанные. Строгость, контроль, подавление инициативы ребенка мешают развитию отношений привязанности и формируют только страх и почитание обладающих властью.

К доминирующей гиперопеке относится и воспитание в условиях *высокой моральной ответственности*. Здесь повышенное внимание к ребенку сочетается с завышенными требованиями по отношению к его личности и поведению. Эмоциональные отношения с родителями при этом более теплые, однако ребенок ставится в условия, когда он должен во что бы то ни стало ради этой любви оправдывать завышенные ожидания родителей. В результате такого воспитания возникает страх перед испытаниями, что вызывает неадекватное ситуации психическое напряжение.

В воспитании по типу **потворствующей гиперопеки (*«кумир семьи»*)**, напротив, любые желания ребенка оказываются в центре внимания, просчеты и проступки ребенка не замечаются. В результате у ребенка формируется эгоцентризм, завышенная самооценка, непереносимость трудностей и препятствий на пути к удовлетворению желаний. Такая личность испытывает сильные отрицательные переживания при столкновениях с реальностью, поскольку лишение привычной атмосферы почитания и незатрудненного удовлетворения желаний вызывает социальную дезадаптацию.

Наконец, невротическому развитию личности способствует **противоречивый стиль воспитания**, когда в одной и той же ситуации к ребенку предъявляются противоположные требования. Противоречивый стиль воспитания характеризуется *альтернирующими* (перемежающимися) *эмоциональными отношениями* между родителями и ребенком и *неконгруэнтностью общения*.

Перемежающиеся эмоциональные отношения — это непоследовательные, немотивированные эмоциональные проявления, когда похвала или упрек зависят исключительно от настроения родителя, а не от ситуации и поведения ребенка.

Неконгруэнтность общения — несоответствие слов родителей интонации и мимике (часто встречается в случае скрываемого эмоционального отвержения ребенка).

Для противоречивого стиля воспитания также характерна постоянная, не зависящая от содержания ситуаций смена воспитательных тактик или наличие разных воспитательных тактик у разных членов семьи.

Общим результатом перечисленных воспитательных тактик становится формирование напряженной и неустойчивой внутренней позиции ребенка, что приводит к перенапряжению нервных процессов и невротическому срыву под влиянием даже незначительных психотравм.

Неустранимым недостатком как отечественной, так и психодинамической концепций невроза является то, что отклонения в процессе личностного развития с равной долей вероятности приводят не только к неврозам или психопатиям, а могут служить и одним из факторов развития аддиктивных, психосоматических, когнитивных, (суб-) психотических и многих других психических расстройств. При этом многие симптомы невротического расстройства в той или иной степени включаются и в другие самостоятельные болезни (например, неврозоподобная шизофрения).

Трудности в четком разделении специфической симптоматики перечисленных нарушений, условность выделения невротических расстройств, множественность причинных факторов для

одного и того же нарушения, неоднозначное использование понятия невроза разными психологами и психиатрами, невозможность выделить специфическую невротическую характеристику, отделяющую невроз от других психических нарушений, в конечном итоге привело к отказу от использования этого термина в современной клинико-психологической практике.

В современной клинической психологии вместо термина «невроз» принято говорить о связанных со стрессом расстройствах, которые по традиции называют «невротическими». Употребление термина ***«невротические расстройства»*** вместо термина «невроз» освобождает нас от необходимости подгонять симптомы нарушений под какие-то иные строго определенные причинные факторы, кроме стресса (психической травмы). Невротические расстройства скорее выступают не «пограничными» по отношению к психозам, а являются отражением некоторых общих закономерностей изменения психической деятельности личности под влиянием стрессовых факторов.

К невротическим расстройствам сегодня относят:

— фобические расстройства;

— тревожные расстройства;

— навязчивости (обсессивно-компульсивное расстройство);

— острую реакцию на стресс;

— посттравматическое стрессовое расстройство;

— расстройства приспособительных реакций (адаптации);

— диссоциативные (конверсионные) расстройства;

— соматоформные расстройства;

— неврастению;

— синдром деперсонализации.

Несомненно, что понятие невроза окончательно не выйдет из употребления, поскольку с ним связан обширный объем психологической и медицинской литературы, кроме того, оно широко используется в обыденной речи.

Следует отличать понятие пограничных психических расстройств в отечественной клинической психологии от созвучного термина «пограничный тип эмоционально неустойчивого расстройства личности (пограничное расстройство личности)», который принят в международной классификации психических расстройств и нарушений поведения. Под пограничным расстройством личности понимается тотальная неспособность человека к установлению стабильных межличностных отношений, устойчивого образа «Я», поддержанию устойчивого позитивного эмоционального баланса. Оно получило такое название, поскольку по своим проявлениям занимает промежуточное место между невротическими и психотическими изменениями в личности. При пограничном личностном расстройстве отмечаются нарушения самостоятельности, аффективного контроля, а также развиваются чрезвычайно сильные отношения привязанности. Более подробно это нарушение описывается в разделе 6 «Расстройства личности».

Контрольные вопросы

1. Какие расстройства включаются в понятие «пограничных»?
2. Какова нейрофизиологическая схема возникновения «пограничных» расстройств?
3. Какие виды неврозов вы знаете?
4. Какой возраст является критическим для возникновения невроза?
5. Как стиль семейного воспитания может повлиять на возникновение и развитие «пограничных» психических расстройств?

Литература для дополнительного чтения

1. *Александровский Ю. Ф.* Пограничные психические расстройства. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1997.

2. *Захаров А. И.* Неврозы у детей и психотерапия. — СПб.: Союз, Лениздат, 2000.

3. *Каменецкий Д. А.* Неврозология и психотерапия. — М.: Гелиос, 2001.

4. *Клиническая* психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб.: Питер, 2002.

5. *Лакосина Н. Д., Трунова М. М.* Неврозы, невротические развития личности и психопатии: Клиника и лечение. — М.: Медицина, 1994.

Цитируемая литература

1. *Александровский Ю. Ф.* Пограничные психические расстройства. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1997.

2. *Гиляровский В. А.* Избранные труды. — М.: Медицина, 1973.

3. *Захаров А. И.* Неврозы у детей и психотерапия. — СПб.: Союз, Лениздат, 2000.

4. *Кербиков О. В.* Избранные труды. — М.: Медицина, 1972.

5. *Клиническая* психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб.: Питер, 2002.

6. *Лакосина Н. Д., Трунова М. М.* Неврозы, невротические развития личности и психопатии: Клиника и лечение. — М.: Медицина, 1994.

7. *Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. — М.: МЕДпресс, 1999.

8. *Смулевич А. Б.* Психогении и невротические расстройства, выступающие в рамках динамики психопатий // Психиатрия и психофармакология. Медиа медика. Том 2. № 4. 2000.

9. *Ушаков Г. К.* Пограничные нервно-психические расстройства. — М.: Медицина, 1987.

Раздел 6. Расстройства личности.

Расстройства личности являются одной из спорных тем клинической психологии, поскольку болезненное (патологическое) личностное функционирование осуществляется по тем же закономерностям, что и здоровое (нормальное), только в измененных условиях /14/. К этим измененным условиям относятся: 1) нарушение структуры иерархии мотивов; 2) формирование патологических потребностей и мотивов; 3) нарушение смыслообразования; 4) нарушение саморегуляции и опосредования; 5) нарушение критичности и спонтанности; 6) нарушение формирования характерологических особенностей личности.

О расстройствах личности можно говорить тогда, когда в структуре личности настолько резко выражены определенные свойства, что они становятся причиной серьезных страданий или конфликтов. Следует обратить внимание на то, что болезненным признается не само наличие специфических свойств (что является проявлением индивидуально-личностных особенностей, многообразия личностных характеристик людей), а их доминирование над другими, приводящее к затруднениям в социальном функционировании личности.

Болезненные состояния личности (личностные расстройства) представляют собой глубоко укоренившиеся и постоянные модели поведения, отличающиеся негибкостью реагирования на широкий диапазон различных социальных ситуаций.

Дезадаптивные особенности могут также затрагивать эмоциональные, интеллектуальные, перцептивные или психодинамические проявления.

Сначала в клинической психологии под личностными расстройствами понимали любое психическое заболевание, в котором наряду с негибкостью и нерегулируемостью поведенческих реакций наблюдалось рассогласование мотивационной сферы, потребностей и смысла поведения. Такая трактовка личностных расстройств была очень широкой и охватывала помимо поведенческих нарушений невротические и психотические расстройства.[16] В широком смысле слова термин «личностное расстройство» более не используется. Сегодня его значение ограничено нарушениями социального поведения и взаимодействия, не связанными с невротическим характером патологии.

Нарушения социального поведения и взаимодействия представляют собой либо чрезмерные, либо существенные отклонения от нормативного образа социального взаимодействия и межличностных отношений, свойственных определенной культуре. Другими словами, они связаны с *характерологическими особенностями личности*.

Узловым моментом формирования характера, согласно С. Л. Рубинштейн, является превращение ситуационных мотивов, отражающих обстоятельства, в которых личность оказалась по ходу жизни, в устойчивые личностные побуждения к тому или иному поведению /38/. Под характером можно понимать иерархическую систему обобщенных мотивов, которые обобщаются под влиянием внешних обстоятельств. Мотив становится характерологическим свойством личности, когда он генерализуется по отношению к ситуации, в которой появился, распространившись на все ситуации, сходные с первой. Обобщенный мотив, таким образом, превращается в способ поведения, не выражающий непосредственно личные побуждения. Просто разные побуждения, сходные по содержанию, могут быть реализованы этим общим способом. Это обстоятельство определяет то, что обобщенные способы поведения могут не совпадать с текущим содержанием актуального мотива. А это, в свою очередь, при закреплении в структуре личности,

[16] В этом значении термин «личностные расстройства» используется в работах Б. В. Зейгарник.

делает ее поведение неадаптивным по отношению к изменчивым социальным ситуациям. В этом смысле способы поведения становятся патологическими. А характер как система таких способов становится патологическим характером, или психопатией — патохарактерологическим расстройством личности.

Долгое время в клинической психологии патохарактерологические расстройства называли *«психопатиями»*. Первоначально в органической парадигме клинической психологии под психопатиями понималось любое болезненное состояние психики, для которого не были известны истинные (т. е. органические) причины расстройства. В дальнейшем значение этого термина было ограничено сферой безнравственного поведения, связанного с пониженной эмоциональностью, ослаблением чувства вины и совершением противоправных действий.

Концепция психопатии как патохарактерологического расстройства получила развитие в результате введения К. Ясперсом в психиатрию и клиническую психологию теории «идеальных типов» немецкого социолога М. Вебера /64/. К. Ясперс увидел в методах М. Вебера путь к классификации тех психических расстройств, для которых не удавалось обнаружить четкой органической этиологии, — психопатий. М. Вебер считал, что все научные понятия определяются целями научного познания. В психиатрии и клинической психологии целями являются укрепление психического здоровья и ослабление последствий психических расстройств. Поэтому идеальные типы личности избирательно характеризуют наиболее значимые стороны поведения личности, имеющие социальную ценность. Другими словами, идеальные типы — это идеализированные описания характера личности, которые даются с определенной точки зрения. С их помощью можно характеризовать и типологизировать то или иное отклоняющееся от социальных норм поведение.

По К. Ясперсу, идеальные типы личности объединяют разрозненные внешние (поведенческие) признаки расстройств и связывают их между собой на основе некоторой бросающейся в глаза базисной (доминирующей) характеристики. Базисная черта личности не является «источником» всех других личностных черт — она только связывает их в некоторое концептуальное единство. Список базисных черт постулируется клинической психологией, т. е. накладывается на различные формы отклоняющегося поведения только лишь с целью диагностики. Именно поэтому идеальные типы не отражают все особенности личности, а «укладывают» их в прокрустово ложе диагностических категорий. Другими словами, происхождение актуальной проблемы приписывается базисной черте как наиболее правдоподобной причине расстройства социального функционирования личности. Таким образом, никогда нельзя создать универсальный и постоянный список личностных расстройств, поскольку они всегда являются плодом размышляющего разума психиатра или клинического психолога, пытающегося объяснить имеющееся у человека расстройство поведения. Именно поэтому возможные базисные признаки патологической структуры личности постоянно создаются, проверяются, модифицируются и усовершенствуются в зависимости от точки зрения, доминирующей в клинической психологии в то или иное время.

Каждый клинический психолог может определить идеальный тип личности на том уровне специфичности, который он считает наиболее подходящим для своих практических или теоретических целей. В настоящее время существует *два основных подхода* к описанию типов личностных расстройств. Первый основывается *на поведенческих реакциях*, которые могут при определенных условиях приводить к повышенной конфликтности межличностных отношений и социальной дезадаптации. Второй основывается на выделении *базисной психической сферы* (когнитивной, волевой, эмоциональной), в которой наиболее четко проявляется характер нарушения, приводящего к расстройству социального функционирования личности.

В настоящее время вместо термина «психопатии» предпочтительнее использовать термин «расстройство личности». Смена терминологии связана с тем, что понятие «психопатии» имеет характер унизительного «ярлыка», связанного с «моральным» дефектом личности. Чаще всего слово «психопат» в обыденной речи используется для подчеркивания асоциальности субъекта. А также оно не совсем точно отражает сущность имеющихся нарушений, которая заключается не в расстройстве той или иной психической функции, а в изменении характера социального взаимодействия личности.

Личностные расстройства отличаются от других изменений личности, возникающих в результате нарушения психических функций. Они представляют собой онтогенетические (т. е. возникающие в процессе развития организма человека) состояния (черты) личности, формирующиеся в подростковом возрасте под влиянием социальных условий развития и сохраняющиеся в периоде взрослости. В качестве самостоятельной группы психологических нарушений личностные расстройства не вызваны другими психическими расстройствами или заболеваниями мозга, хотя могут предшествовать им или сосуществовать с ними.

Другие изменения личности, в отличие от личностных расстройств, возникают вслед за тяжелым органическим заболеванием, либо в результате переживания экстремальных ситуаций,

либо вследствие травм мозга, безотносительно к тому, в каких условиях происходило развитие личности до заболевания.

В современной клинической психологии выделяют три группы факторов, способствующих развитию патохарактерологических особенностей:

— *генетические*;

— *органические*;

— *социальные*.

Генетические факторы определяют особенности функционирования аффективной сферы личности, которые под влиянием психосоциальных факторов в процессе развития становятся более определенными и стойкими. При нарушениях личности как раз отмечается усиление либо ослабление функционирования одного из уровней базальной системы эмоциональной регуляции. От этой системы зависят интенсивность и направленность бессознательной оценки разнообразных воздействий окружающей среды. Неравномерное развитие уровней базальной системы определяет дезадаптивный характер взаимодействия психики и среды.

Выделяют четыре уровня базальной системы эмоциональной регуляции:

— *уровень полевой реактивности*;

— *уровень стереотипов поведения*;

— *уровень экспансии*;

— *уровень эмоционального контроля*.

На *уровне полевой реактивности* происходит оценка необходимой дистанции с объектом восприятия. При ослаблении работоспособности этого уровня возникает повышенная эмоциональная чувствительность, ощущение опасности, исходящей от окружающих. У человека развивается потребность в изоляции, ограничении контактов с другими людьми. При усилении работоспособности эмоциональность снижается, возникает устойчивость к внешним воздействиям, формируется потребность в более интенсивной стимуляции, сильных впечатлениях.

На *уровне стереотипов поведения* осуществляется эмоциональная оценка качеств воспринимаемого объекта с точки зрения их соответствия актуальным потребностям. При ослаблении работоспособности этого уровня возникает эмоциональное неудовлетворение от контактов с раздражителями внешней и внутренней среды. У человека возникает ощущение внутреннего неблагополучия и дискомфорта, появляется озабоченность своим здоровьем, формируется потребность в поиске более удовлетворительных контактов. При усилении функционирования этого уровня развивается эмоциональное напряжение, любые препятствия на пути достижения цели воспринимаются как досадные препятствия. У человека возникает побуждение к силовым решениям проблем, стремление во что бы то ни стало добиться желаемого объекта.

На *уровне экспансии* осуществляется выделение и эмоциональная оценка препятствий на пути удовлетворения потребностей. В случае ослабления работоспособности этого уровня у человека развивается неуверенность в своих силах, ему трудно принимать решения и делать выбор, что приводит к большей ориентации на внешние оценки и строгому следованию правилам. При усилении функционирования этого уровня мир воспринимается как поле битвы, поиск и преодоление трудностей становится неотъемлемой частью жизнедеятельности, преодоление препятствий рассматривается как доказательство собственной важности и исключительности, что должно получить должную оценку со стороны окружающих.

На *уровне эмоционального контроля* происходит эмоциональная оценка взаимодействия с другими людьми. При ослаблении функционирования этого уровня развивается сверхизбирательность, переборчивость в социальных контактах, подозрительность, в окружающих видится прежде всего, потенциальный противник. При повышении функционирования любые контакты воспринимаются как удовлетворительные, если они протекают в пределах установленных правил, да и сами правила все время оцениваются в зависимости от контекста ситуации общения, что приводит к большей легкости их изменения в зависимости от настроения окружающих.

На генетическом уровне также закладываются динамические характеристики высшей нервной деятельности: сила/слабость, подвижность/ригидность, темп психических процессов, что влияет на степень ригидности возникновения однотипных поведенческих реакций в различных социальных условиях.

Органические поражения мозга, возникающие в перинатальный период жизни ребенка, при травмах черепа или нейротоксических инфекциях также принимают участие в формировании

расстройств личности. Учеными обнаружены изменения функционирования катехоламиновых систем, изменения биохимической активности мозга, латерализации, плотности мозговой ткани у людей с расстройствами личности /49/.

В развитии личностных расстройств факторы генетической предрасположенности и органического поражения мозга взаимодействуют с факторами ***психосоциального развития личности*** — неблагоприятными семейными условиями, жестоким обращением и насилием в детстве, неправильным воспитанием. Именно с решающим действием факторов психосоциального развития связано формирование личностных расстройств при определенных генетических и органических предрасположениях.

В отечественной клинической психологии существует традиция схоластического деления психопатий на органические (психопатоподобные расстройства) и неорганические (собственно психопатии). Однако такое разделение сомнительно с точки зрения феноменологии (проявления) нарушений. Кроме того, методы коррекции и социальные последствия органических и неорганических психопатий полностью совпадают.

Все дети начинают свое развитие с разными достоинствами и недостатками, обусловленными генетическими и органическими причинами. Однако не у всех возникают личностные расстройства и нарушения поведения. Формирование конкретных по содержанию моделей поведения и контекста их проявления происходит во время психосоциального развития личности. В зависимости от условий воспитания и обращения дети с разными генетическими и органическими предрасположенностями могут демонстрировать сходные модели проблемного поведения и социального взаимодействия. Обнаружение этого факта даже привело к тому, что одним из альтернативных терминов для обозначения психопатий некоторое время было словосочетание «социопатическая личность» (личность, имеющая нарушенные, неадаптивные социальные связи).

Нормальное личностное развитие осуществляется по предсказуемому и нормативно определенному обществом пути: сначала овладение физиологической регуляцией, затем более сложными навыками — коммуникацией и установлением межличностных отношений. В неблагоприятных социальных условиях предсказуемость и определенность развития исчезает, что приводит к проблемам с адаптацией. Неправильное воспитание или жестокое обращение с детьми задерживает или нарушает основные процессы развития: формирование ранней привязанности, регуляцию телесных функций и эмоций, формирование представлений о себе и других людях.

Следует иметь в виду, что в детском и подростковом возрасте только лишь закладываются основные характеристики будущих расстройств личности. Так как личность в этом возрасте еще не сформирована до конца, по отношению к детям и подросткам (т. е. по отношению к людям, не достигшим 18 лет) говорить о полноценном расстройстве личности — некорректно.

Патологическими способами поведения, генерализующимися в личностной структуре под влиянием обстоятельств психологического развития в детском возрасте, становятся следующие *типы поведенческих реакций* /27/:

— *реакции отказа*;

— *реакции оппозиции (протеста)*;

— *реакции имитации*;

— *реакции компенсации*;

— *реакции гиперкомпенсации*;

— *реакции эмансипации*;[17]

— *реакции группирования*;

— *реакции увлечения*;

— *реакции сексуальные*.

Реакции отказа — отказ от социальных контактов, страх перед новым, потеря жизненной перспективы (возникает при потере близких в раннем возрасте или в условиях социальной депривации в закрытых учреждениях).

Реакции оппозиции — протестное поведение из-за обиды, ущемления самолюбия, недовольства со стороны взрослых. Активный и пассивный протест. Активный — агрессия (в том числе косвенная), непослушание как реакция на неадекватное обращение. Пассивный — отказ от действий, мутизм, суицид, психосоматические реакции, уход из дома.

Реакции имитации — повторение поведения окружающих (многое зависит от того, кто становится объектом для подражания).

[17] Все подчеркнутые реакции возникают не раньше подросткового возраста.

Реакции компенсации — маскирование собственной слабости.

Реакции гиперкомпенсации — маскировка слабости через проявление противоположной черты (признаки — излишняя бравада, самооговоры).

Реакции эмансипации — желание освобождения от влияния взрослых.

Реакции группирования — создание чувства защищенности.

Реакции увлечения — интеллектуально-эстетические, телесные, накопительские, лидерские, эгоцентрические, азартные, информативно-коммуникативные (поверхностное общение).

Реакции сексуальные — удовлетворение различных социальных потребностей (достижение близости с другим человеком, демонстрация своего отношения к другому, получение выгоды, подтверждение образа «Я», установление отношений зависимости и подчинения и т. п.) посредством использования сексуальности (половых и гендерных свойств и отношений).

Генерализация поведенческих реакций зависит от типа воспитания. Именно воспитание делает реакции патохарактерологическими. Типы неправильного воспитания, способствующие формированию расстройств личности: гипопротекция, потворствующая гипопротекция, доминирующая гиперпротекция, потворствующая гиперпротекция, воспитание в культе болезни, эмоциональное отвержение, повышенная моральная ответственность, противоречивое воспитание, воспитание вне семьи.

Критерии превращения поведенческих реакций в патохарактерологические:

1) *тотальность* (занимают доминирующую позицию в иерархии мотивов и проявляются во всех ситуациях);

2) *относительная стабильность проявления во времени*;

3) *социальная дезадаптация*.

Отсутствие хотя бы одного критерия в поведенческих проявлениях личности дает основание говорить о нормальном, но акцентуированном характере. Акцентуации проявляются лишь в сложных жизненных ситуациях, тогда как расстройства личности — даже в обычных условиях жизни. Нарушения адаптации при акцентуациях возникают только тогда, когда психотравмирующие обстоятельства жизни прицельно попадают в «слабое звено» системы взаимодействия личности со средой (у каждой акцентуации своя избирательная уязвимость). При расстройствах личности дезадаптация возникает от всевозможных поводов.

Личностные расстройства выступают предрасполагающим фактором, способствующим появлению пограничных психических расстройств, и оказывают влияние на их терапию (коррекцию).

6.1. Классификация личностных расстройств.

В отечественной клинической психологии по-прежнему доминирует классификация, предложенная еще П. Б. Ганнушкиным в 1933 г. и развитая А. Е. Личко в 1977. В классификации А. Е. Личко базовыми критериями являются *типы поведенческих реакций* (их выраженность и сочетание). Однако с 1994 г. отечественная клиническая психология официально перешла на более удобную международную классификацию, в которой в качестве критерия выступает сфера *проявления психических нарушений*: когнитивная, эмоциональная или волевая. В соответствии с ней, в современной клинической психологии выделяют три вида расстройств личности:

— с преобладанием нарушений мышления (шизоидные, шизотипические и параноидные личности) — ***эксцентричные***;

— с преобладанием эмоциональных нарушений (диссоциальные/антисоциальные, эмоционально неустойчивые — импульсивный и пограничный тип, а также истерические личности) — ***демонстративные***;

— с преобладанием волевых нарушений (ананкастные, уклоняющиеся и избегающие, зависимые личности) — ***тревожно-астенические***.

Кроме указанных расстройств возможны так называемые смешанные («амальгамные») расстройства.

6.1.1. Эксцентричные расстройства личности (с преобладанием нарушений мышления).

Шизоидные личности*.* Впервые возникающие в подростковом возрасте модели поведения, которые проявляются в виде обособления от социальных контактов и ограничения выражения

эмоций в межличностных отношениях. Вопреки сходному звучанию слов, шизоидные расстройства личности имеют мало общего с шизофренией. Большинство людей с шизоидными чертами никогда не становятся психотичными (шизофрениками). Шизоиды — это амбивалентные конфликтные личности, у которых грубость и холодность сочетается со сверхчувствительностью. Этим людям свойственны эмоциональная холодность, неспособность проявлять нежные чувства, а также гнев по отношению к другим людям. Однако они очень ранимы к повседневным жизненным трудностям. Внешне «толстокожие», шизоидные личности имеют эмоционально богатый внутренний мир. Просто они испытывают выраженное нежелание иметь близкие отношения с окружающими, не испытывают радости от таких отношений. Это распространяется даже на отношения с членами семьи. Именно повышенная чувствительность и ранимость приводит их к защитной аутистической реакции, замыкании в своем внутреннем мире и к сложным вспышкам ярости при нарушении их увеличенного личностного пространства. Общение их утомляет, что заставляет их быть активно холодными и бесстрастными в отношениях, ограничивать свои интересы на ограниченном круге деятельности, которую они предпочитают выполнять индивидуально. Шизоидным личностям свойственны слабая ответная реакция и на похвалу, и на критику; незначительный интерес к сексуальным контактам (в зависимости от возраста), повышенная озабоченность фантазиями и самокопанием. У них мало близких друзей или приятелей, и они не стремятся к развитию общения с другими, страдая от изолированности, робкости и склонности скрывать интимные стороны своего «Я». В межличностных отношениях шизоидные личности склонны к внезапным разрывам контактов. Часто они впадают в морализаторство или фанатическую религиозность.

Шизоидное расстройство личности, по-видимому, берет начало в эмоционально и когнитивно неудовлетворительных детско-родительских отношениях в младенчестве. Эмоциональная неудовлетворенность заключается в недостаточности позитивных эмоциональных подкреплений поведения ребенка со стороны матери. Когнитивная неудовлетворенность заключается в рассогласовании когнитивного и эмоционального аспектов общения матери с ребенком, т. е. в неадекватной передаче вербальной и невербальной информации об отношении матери к ребенку.

Шизотипические расстройства личности. Впервые возникающие в подростковом возрасте нарушения социального и межличностного взаимодействия, которые характеризуются дискомфортом, связанным с недостаточной способностью создавать тесные взаимоотношения с окружающими, когнитивными нарушениями (аномальное мышление), искажением восприятия и эксцентричностью поведения или внешнего вида. Главным признаком выступает чудаковатое поведение, которое сопровождается неадекватными или сдержанными аффектами (выглядят эмоционально холодными и отрешенными). Они плохо контактируют с другими, стремясь к социальной отгороженности. Склонны к магическому мышлению, подозрительности. Иногда возникают навязчивые размышления и нарушения восприятия (иллюзии, галлюцинации). Аномалии мышления проявляются в аморфности, обстоятельности, избыточной метафоричности и детализации, вычурности речи. Однако разорванности мышления нет. Иногда вычурное поведение может сопровождаться стойкими обсессивно-фобическими или истерическими реакциями, поведенческими штампами и инертностью.

Выделение шизотипических личностей в классе расстройств личности является спорным. В клинической психологии и психиатрии существует длительная традиция рассматривать это нарушение вслед за немецким психиатром Э. Блейлером не как личностное, а как вялотекущую шизофрению. Отказ от рассмотрения шизотипического расстройства в качестве шизофрении связан со стремлением снизить жесткий нормативизм традиционной клинической психологии, склонной рассматривать любое бросающееся в глаза отклонение от социальных норм в терминах тяжелого психического заболевания. Главным отличием шизотипического расстройства личности от шизофрении следует считать сохранение у этих людей чувства реальности.

Параноидные расстройства личности. Впервые возникающие в подростковом возрасте недоверие и подозрительность в отношении окружающих, которые сопровождаются интерпретацией действий последних как злонамеренных и направленных против этого человека. Чрезмерная чувствительность к неудачам и отказам; тенденция быть постоянно недовольным кем-то, отказ прощать, отношение свысока; подозрительность, тенденция искажать реальные действия других людей, интерпретируя их только как враждебные или презрительные. Параноидная личность озабочена сомнениями в лояльности и надежности друзей и коллег, считает, что другие угрожают ее репутации или будут использовать информацию против нее, сомневается в верности своего сексуального партнера. Она лишена чувства юмора и эмоционально ригидна. Затруднительные ситуации легко приводят к умышленной враждебности и агрессивности по отношению к партнерам. Имеет воинственно-щепетильное отношение к вопросам, связанным с правами человека (без учета фактической ситуации); тенденцию к переживанию своей повышенной значимости (все относит на свой счет); поиск тайного смысла в происходящем.

Развитие параноидного расстройства личности, по-видимому, связано с жестоким обращением в детстве, слишком жесткими наказаниями и авторитарным стилем воспитания.

6.1.2. Демонстративные расстройства личности (с преобладанием нарушений в эмоциональной сфере).

Диссоциальные расстройства личности. Впервые возникают в возрасте до 15 лет как грубое несоответствие поведения доминирующим социальным нормам, игнорирование и нарушение прав окружающих. Уже в детстве у потенциально диссоциальной личности часты побеги из дома, кражи, прогулы уроков. К 15 годам отмечается употребление психоактивных веществ и желание прекратить учебу. Кульминация расстройства наступает в возрасте поздней юности. В целом диссоциальное расстройство проявляется в бессердечном отношении к чувствам других; безответственности, пренебрежении правилами и обязанностями; неспособности поддерживать взаимоотношения при отсутствии трудностей в установлении контактов. Диссоциальная личность имеет низкую устойчивость к фрустрациям и низкий порог разрядки агрессии. Она неспособна испытывать чувство вины и извлекать пользу из жизненного опыта (особенно — из наказания); имеет выраженную склонность обвинять окружающих или выдвигать благовидные объяснения своему антиобщественному поведению. Диссоциальная личность склонна ко лжи, которая проявляется в частых и повторных обманах окружающих, стремлении получить из лжи личную выгоду или удовольствие. У таких людей нередко встречается безрассудное игнорирование личной безопасности и безопасности других людей, что повышает риск травматизации и насильственной смерти, а также развития делинквентного (противоправного) поведения.

Диссоциальные личности эмоционально неразвиты: у них не хватает готовности к сопереживанию и сочувствию, состраданию и благодарности. Из-за этого они склонны к садизму и насилию (не всегда, однако, достигающих криминального уровня).

Развитие диссоциального расстройства личности связано с ранней потерей родителей, недостатком заботы и внимания матери, антиобщественным поведением отца, непоследовательными (противоречивыми) отношениями между родителями, недостаточными эмоциональными связями между родителями и ребенком.

Эмоционально неустойчивые расстройства личности заключаются в ярко выраженной тенденции действовать импульсивно, без учета последствий. Характерной чертой является неустойчивость настроения (легкость возникновения гнева) и повышенная возбудимость, что легко провоцирует у таких людей поведенческие взрывы и агрессию в тех случаях, когда окружающие выказывают свое неодобрение чрезмерной спонтанностью поведения эмоционально неустойчивых лиц или противодействуют им. Последствия своего поведения такие личности обычно не могут предвидеть, поэтому действуют импульсивно в соответствии только с изменчивым настроением без учета ситуации социального взаимодействия. Выделяют две разновидности эмоционально неустойчивого расстройства личности (импульсивная и пограничная личность), которые объединяет общая основа: импульсивность и отсутствие самоконтроля.

Импульсивный тип эмоционально неустойчивого расстройства личности проявляется в слабости контроля над поведением, вспышках агрессии и неоправданной жестокости в ответ на осуждение окружающими. Этот тип также называется «возбудимым (агрессивным, эксплозивным)». Возбудимые люди склонны к аффективным взрывам, сила которых не соответствует вызвавшему реакцию поводу. Аффект не сдерживается или сдерживается слабо, поэтому он быстро воплощается в наступательное агрессивное поведение, имеющее цель аффективной разрядки, после которой наступают сожаление и раскаяние. Между этими аффективными импульсами никаких других нарушений личностного функционирования не отмечается. Нередко провоцирующим фактором возбуждения для таких людей является алкоголь.

Развитие импульсивного типа эмоционально неустойчивого расстройства личности происходит на фоне незначительных органических повреждений мозга в раннем детстве, благодаря которым формируется повышенная готовность к аффективным приступам при неразвитости тормозных процессов. Вместе с тем эта органическая особенность актуализируется при наличии в психике неосознаваемых побудительных импульсов — вытесненных агрессивных устремлений.

Пограничный тип эмоционально-неустойчивого расстройства личности наряду с эмоциональной неустойчивостью включает тотальные искажения образа «Я» (личностная неопределенность, нестабильность самооценки и неуверенность в своих желаниях, предпочтениях, ценностях и т. п.). Содержание и направленность намерений и предпочтений (в том числе — сексуальных) пограничной личности неопределенны и часто непонятны окружающим людям и кажутся им странными. Поэтому межличностные отношения людей с пограничными расстройствами нестабильные и напряженные: они все время колеблются между идеализацией и обесцениванием своих партнеров и не могут понять, какие же чувства они на самом деле

испытывают к ним. Нередко все люди разделяются ими на тех, кому человек с пограничным расстройством личности нравится, и тех, кто его ненавидит. Тем, кто, как кажется пограничной личности, позитивно относится к нему, пограничная личность приписывает разнообразные идеальные качества и стремится к разнообразному общению с ними. Человек как бы балансирует на грани сохранения адекватности реальным ситуациям взаимодействия. Ему кажется, что близкие люди могут скоро разорвать с ним всякие отношения, что приводит к неистовым попыткам избежать этого «неизбежного конца» (мнимого или реального). Неустойчивость межличностных отношений приводит к эмоциональным кризисам, выраженным колебаниям настроения (например, человек эпизодически впадает в глубокое уныние, озлобленность, гневливость или начинает испытывать сильную тревогу о своем будущем), постоянному ощущению опустошенности жизни. Эмоциональная нестабильность может проявляться в импульсивных потенциально саморазрушительных действиях (в том числе — постоянное желание участия в драках, угрозы покончить с собой), навязчивых желаниях и зависимостях (например, бездумная трата денег, бесконечная и бесцельная смена сексуальных партнеров, пренебрежение правилами, переедание, злоупотребление психоактивными веществами и т. д.).

Развитие пограничного расстройства личности связано с органическими нарушениями, обусловленными повреждением головного мозга в перинатальном периоде, травмами или заболеваниями головного мозга, вызывающими нарушения в деятельности лобных долей. Эти органические поражения актуализируются в условиях отсутствия родительской заботы в детстве, сложных семейных отношений, а также под действием ситуаций физического или сексуального насилия (особенно в детстве).

Истерические расстройства личности. Впервые возникают в подростковом возрасте в виде чрезмерной эмоциональности и стремления привлекать к себе внимание. При истерическом расстройстве личность вместо истинных переживаний стремится демонстрировать «художественно более выраженные», театральные эмоции. Она склонна к самодраматизации и драматизации происходящего. Истерическая личность ощущает сильный эмоциональный дискомфорт в ситуациях, когда на нее не обращают внимания. Ее отношения с окружающими часто полны неуместных проявлений сексуальности (во внешности или в поведении). Такой человек чрезмерно озабочен своей физической привлекательностью, склонен трактовать возникающие отношения как более интимные, чем это есть на самом деле. Речь истерической личности чрезвычайно выразительна, но неточна. Такой человек обладает повышенной внушаемостью и подвержен влиянию окружающих. Эмоции лабильны и поверхностны, а сама личность стремится к постоянному эмоциональному возбуждению, у нее имеется своеобразная жажда переживаний и жажда контактов, могущих их дать. Поэтому истерические личности легко и быстро завязывают поверхностные знакомства, склонны приспосабливаться к мнению окружающих и манипулировать ими в своих целях. Из-за выраженной манипулятивности общения и недоверчивости им сложно устанавливать глубокие и прочные связи. При этом потребность в контактах чрезвычайная. Истерическая личность никогда не отступает, пока не добьется внимания к себе. Она склонна навязываться, бороться за дружбу, даже если дружеские отношения и не устанавливаются или не удовлетворяют ее. Выраженное стремление к установлению контактов и слабая коммуникативная способность связаны с повышенной обидчивостью и дают повод к развитию конфликтных межличностных отношений.

Истерической личности сложно установить счастливые семейные отношения, потому что она стремится к полному подчинению партнера. Вместе с тем истерические расстройства способствуют ранним и поспешным бракам, которые оказываются недолговечными. Впрочем, повторные браки по характеру отношений не отличаются от первого.

Следует различать истерическое расстройство личности от истерических конверсионных реакций, в которых преобладают соматические, а не эмоциональные нарушения. Конверсионные истерические реакции могут встречаться у любого человека, не обладающего истерическим расстройством.

Основа для развития истерического расстройства закладывается в возрасте приблизительно между четырьмя и шестью годами, когда ребенок сталкивается с несовпадением желаний и возможностей. Провоцирующим фактором развития истерического расстройства личности становится воспитание ребенка по типу «кумир семьи» или потворствующая гиперопека, когда родители балуют ребенка, оставляют его наедине со стойкими желаниями, направленными только на свои собственные потребности без учета реальных возможностей.

С возрастом истерические формы поведения ослабевают, уступая место ипохондрическим страхам и депрессиям.

6.1.3. Тревожно-астенические расстройства личности (с преобладанием нарушений волевой сферы).

Ананкастные расстройства личности. Возникающая в подростковом возрасте чрезмерная озабоченность порядком, стремление к совершенству, организованности и контролю (озабоченность обязательным соблюдением правил, порядка, графика). У ананкастной личности имеется склонность к формированию навязчивого желания проявлять сверхточность и перфекционизм, быть чрезмерно добросовестным в ущерб межличностным связям и отношениям. Человек настолько оказывается связанным работой, что исключает возможность отдыха и дружеского общения (даже если его финансовое положение позволяет отдыхать). Стремление к перфекционизму мешает таким людям успешно завершать поставленные задачи: они никак не могут остановиться, считая, что сделали еще не все возможное, чтобы задача была решена как можно лучше, все время сомневаются в правильности и совершенстве уже принятого решения. Со склонностью к перфекционизму у них связана повышенная педантичность и приверженность социальным нормам, упрямство и негибкость мышления (один раз установленное правило они меняют с большим трудом). К другим людям они проявляют настойчивые требования, чтобы и они все делали точно так же, как и ананкасты, не желая предоставлять им свободу действий в выполнении заданий.

При ананкастном расстройстве личности человеку очень сложно избавляться от совершенно ненужных вещей, даже если они не связаны с приятными воспоминаниями. Они сохраняют их просто потому, что опасаются нарушения установленного порядка. Такое же отношение человек проявляет и к деньгам (примером ананкастной личности может быть такой литературный пример — скупой рыцарь, чахнущий над сундуком с золотом).

Нередко людей с ананкастным расстройством очень ценят за надежность, однако сами они являются рабами своей чрезмерной совестливости, скорее вступая в психологический конфликт с собой, чем с окружающими. Характеристика ананкастной личности напоминает описанный З. Фрейдом анальный характер.

На самом деле организованность, порядок и правила призваны освободить деятельность человека от решения банальных вопросов повседневной жизни, высвобождая время для решения серьезных проблем. Однако чем меньше уверена в себе и менее решительна личность, тем больше она нуждается в таком признаке, как заорганизованность жизнедеятельности: чем меньше человек, по своим представлениям о себе, может достичь в жизни, тем больше он стремится к упорядочению широкого круга процессов, в которые он может быть вовлечен, и хочет поддерживать (никогда не меняя) установившийся порядок.

Провоцирующим фактором здесь выступает такой стиль детско-родительских отношений, при которых к ребенку предъявляются завышенные требования и применяются жесткие санкции за несоблюдение установленных правил.

Расстройство уклоняющейся и избегающей личности. Впервые проявляется в подростковом возрасте в стремлении ограничить социальные контакты из-за ощущения собственной неполноценности и сверхчувствительности к отрицательным оценкам и критике со стороны окружающих. Такая личность испытывает постоянное общее чувство напряженности, тяжелые предчувствия, вызванные представлениями о своей социальной неспособности, личностной непривлекательности, приниженность по отношению к другим. При расстройстве уклоняющейся и избегающей личности человек не желает вступать ни в какие взаимоотношения без гарантий понравиться из-за страха перед упреками или насмешками со стороны партнеров. Гипертрофированное чувство собственной неполноценности заставляет уклоняющуюся личность подавлять возникающие в межличностных отношениях эмоции, особенно при общении с малознакомыми людьми. Страх критики и отвержения заставляет ее уклоняться от социальной или профессиональной деятельности, связанной с межличностными контактами и общением. Опасение оказаться в затруднительном положении заставляет уклоняющуюся личность отказываться от интересных предложений о новом виде деятельности, особенно связанном с ответственностью. Все это приводит к формированию ограниченного жизненного уклада.

Уклоняющиеся личности не проявляют настойчивости, скрывают свою злость, которую носят в себе долго и тяжело. Отрицательные переживания не вытесняются, а сохраняются, не проявляясь вовне. Поэтому они склонны к застреванию на аффекте. При значительном застое аффекта у них случаются внезапные и сильные взрывы поведения.

Уклоняющиеся личности в общем коммуникабельны, но пассивны в общении. Очень долго выбирают себе партнеров. Профессию они часто выбирают по принципу компенсации чувства неполноценности.

Литературным примером уклоняющейся личности может служить «гадкий утенок».

Провоцирующим фактором развития такого расстройства является воспитание в неполной семье, когда одинокая мать пытается вопреки реальности идеализировать отца в глазах ребенка или заменить отца (ребенок в этом случае выполняет символическую роль супруга). Одинокая мать старается привязать к себе ребенка, чрезмерно оберегает его и максимально разгружает от повседневных забот, ожидая от ребенка ответного идеального поведения, добросовестности, честолюбия и успехов, не обращая внимания на внутренние потребности самого ребенка. Если же ребенок начинает проявлять себя, то такое поведение встречает резкое осуждение со стороны родителей. При таком воспитании личность, с одной стороны, становится впечатлительной, мягкой и ранимой, а с другой — тщеславной. Это и определяет ее зависимость от внешних оценок.

Расстройство зависимой личности. Представляет собой впервые возникающую в подростковом возрасте глубокую и чрезмерную потребность в заботе со стороны окружающих, в результате которой возникает покорное и зависимое поведение, страх перед разлукой. Это расстройство характеризуется стремлением человека переложить на других людей большую часть важных решений в своей жизни. Такой личности трудно сделать выбор для решения даже повседневных вопросов без помощи, подбадривания или убеждения со стороны. Она боится самостоятельности и одиночества одновременно. Боязнь самостоятельности связана не с отсутствием мотивации или энергии действовать, а с тотальной неуверенностью в своих силах. С этой же неуверенностью связан и страх одиночества: человек боится, что не сможет позаботиться о самом себе и, будучи один, окажется беспомощным. Поэтому зависимая личность судорожно цепляется за людей, подчиняет свои потребности и желания потребностям и желаниям окружающим и не хочет предъявлять даже разумные требования людям, которые с ней общаются. Партнерские отношения зависимая личность рассматривает как источник абсолютной поддержки и заботы о себе. Поэтому она испытывает страх быть покинутой лицом, с которым имеется тесная межличностная связь, и в случае утраты близких отношений немедленно пытается найти нового близкого человека, на которого можно было бы переложить ответственность за свою жизнь.

Условия возникновения этого расстройства мало известны. Предрасполагающими факторами можно считать чрезмерную родительскую заботу или ее полное отсутствие (по причине физической утраты родителей или их невнимательного, безразличного отношения к своему ребенку), а также наличие в детстве тревожного расстройства, вызванного разлукой. Чрезмерная забота блокирует развитие инициативности и активности во взаимоотношениях с окружающими и формирует «выученную беспомощность». Отсутствие родительской заботы формирует тотальную неуверенность в себе и стремление во что бы то ни стало получить признание других людей, от которых можно получить необходимую помощь и поддержку.

Контрольные вопросы

1. Чем расстройство личности отличается от других изменений личности при нарушениях психической деятельности?

2. В каком возрастном периоде можно говорить о развившемся расстройстве личности и почему?

3. Почему современная клиническая психология отказалась от понятия «психопатия»?

4. По каким критериям осуществляется классификация личностных расстройств?

5. Какие факторы способствуют развитию расстройств личности?

6. При каких условиях поведенческие реакции становятся патохарактерологическими?

7. Какие виды расстройств личности выделяются в современной клинической психологии?

Литература для дополнительного чтения

1. *Клиническая* психиатрия: Пер. с англ., перераб. и доп. / Гл. ред. Т. Б. Дмитриева. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999.

2. *Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л., 1977.

3. *Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. — М.: МЕДпресс, 1999.

4. *Мэш Э., Вольф Д.* Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. — СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2003.

Цитируемая литература

1. *Зейгарник Б. В.* Патопсихология. — М.: Издательство МГУ, 1986.

2. *Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л. 1977.

3. *Рубинштейн С. Л.* Основы общей психологии: В 2 т. Т. 2. — М.: Педагогика, 1989.

4. *Шостакович Б. В.* Расстройства личности — психопатии в современных психиатрических классификациях // Психиатрия и психофармакотерапия. Медиа медика. Том 2. № 6. 2000.

5. *Lefebre L. B.* The psychology of Karl Jaspers // P. A. Schilpp (Ed.). The philosophy of Karl Jaspers. The Library of Libing Philosophers. — La Salle, IL: Open Court Publishing Co, 1957.

Раздел 7. Психосоматические расстройства.

Предположение о существовании тесных связей между эмоциональными состояниями человека и нарушениями физического (соматического) здоровья имеет давнюю историю. Идеи смерти или развития тяжелых недугов по причине сильных эмоциональных потрясений встречаются во всех культурах, начиная с древнейших времен. Сократ (469-399 гг. до н. э.) — один из первых, по мнению Диогена Лаэрция, европейских мыслителей, поставивший вопрос о влиянии образа жизни на здоровье, — считал влияние души определяющим фактором телесного благополучия:

«... все — и хорошее и плохое — порождается в теле и во всем человеке душою, и именно из нее все проистекает... Потому-то и надо прежде всего и преимущественно лечить душу, если хочешь, чтобы и голова и все остальное тело хорошо себя чувствовали» /32/.

В античной медицине идея влияния души на физические процессы, протекающие в теле, была одной из центральных. Хрестоматийным примером античных представлений стала концепция истерии как следствия непроизвольного болезненного сокращения матки из-за неудовлетворенного сексуального желания женщины. Однако уже во II в. н. э. причинная роль души в возникновении соматических расстройств была поставлена под сомнение Клавдием Галеном (131-201), утверждавшим, что все болезни, в том числе и душевные, скорее всего, проистекают из дисгармоничного сочетания четырех жизненных соков: *крови* (sangvios), *слизи* (flegma), *желтой желчи* (hoyle) и *черной желчи* (melan hoyle). Т. е. могут иметь только *биологическую природу*. Очевидный факт связи между психологическими и телесными феноменами К. Галеном не оспаривался. Он только поставил вопрос о том, что *действительно лежит в основе* наблюдаемых фактов, т. е. каковы закономерности возникновения психосоматических отношений, их принципы и механизмы? С тех пор на протяжении вот уже двух тысячелетий спор идет не о наличии или отсутствии психосоматических отношений, а о том, что понимается под психосоматическими расстройствами и каковы причины их возникновения.

Сам спор основывается на том, что противоположные стороны по-разному понимают психику и, соответственно, по-разному решают один из основных методологических вопросов клинической психологии — о связи психики и мозга.

Учение о связи соматических заболеваний и психических процессов (состояний) возникло в Новое время — в период между XVII-XIX вв. — как самостоятельный раздел медицины, благодаря работам Т. Сиденама (T. Sydenham). В 1818 г. немецкий врач С. А. Гейнрот (S. A. Heinroth) ввел в оборот термин *«психосоматика»*, которым он обозначил свою концепцию о внутреннем конфликте как ведущей причине психической болезни /69/. Четыре года спустя другой немецкий врач — Якоби — ввел альтернативное понятие *«соматопсихическое»*, подчеркнув, что психические болезни вызываются вполне материальными причинами, а не недоступными эмпирической проверке психологическими конфликтами.

Следовательно, историческое первое значение термина «психосоматика» связано с концепцией *психологического конфликта* как пускового фактора расстройства. Со временем, как отмечает В. Риф, это понятие все больше расширялось, и психосоматические отношения нередко рассматривались как особая «картина мира», определяющая специфику проявления любого заболевания /21/.

Идея психологического конфликта как основы психосоматических расстройств получила дальнейшее развитие в рамках *психодинамического направления* в психологии. Клинико-психологический анализ явлений гипноза и истерии, проводившийся во второй половине XIX в. с целью изучения механизмов соматических изменений под влиянием психологических воздействий, привел к предположению о возможности непосредственного отражения в клиническом синдроме психологического содержания неосознаваемого внутриличностного (эмоционального) конфликта, спровоцировавшего развитие заболевания. Тогда же возникло и два теоретических подхода, пытавшихся с разных методологических позиций объяснить наблюдаемую связь между формой болезни и содержанием конфликта: *психодинамический* и *кортиковисцеральный*.

Базовые теоретические положения **психодинамической концепции** психосоматических расстройств были сформулированы З. Фрейдом (1856-1939). Однако нужно помнить, что сама психосоматическая проблема никогда не была в центре внимания основателя метода психоанализа и его ближайших последователей. Главной целью психологических изысканий З. Фрейда был поиск эффективного метода, с помощью которого пациент мог лучше понять свое

состояние и увидеть связь психического расстройства со своей личностью. И сама трактовка психосоматических отношений, встречаемая в ранних работах австрийского невропатолога, ограничена узкой сферой истерических расстройств.

С точки зрения З. Фрейда, психопатологические симптомы поддерживаются динамикой бессознательных сил — *энергии* (либидо) и *аффекта* (катексиса), ограниченных в своем внешнем проявлении социальными нормами. Увидеть эти энергетические процессы в психике естественнонаучными методами, применяемыми в эмпирической клинической психологии, невозможно: они приобретают вещественную форму только в виде *символических знаков*. Когда под воздействием жестких социальных норм-запретов прямое выражение аффективных побуждений становится невозможным, динамическое напряжение бессознательных сил реализуется в виде символов, спроецированных на проблемную область жизни пациента.

Истерия как психопатологический синдром вызывается, по мнению З. Фрейда, неразрешенным эмоциональным конфликтом (психической травмой), осознание которого не поощряется социальными нормами. Другими словами, вместо того чтобы быть отреагированными в спонтанном выражении, испытываемые человеком отрицательные эмоции, возникающие при травмирующем событии, подавляются. Однако вызываемое аффектом энергетическое напряжение никуда не девается и обращается в болезненный симптом. Отсюда возникает представление о конверсионном (*conversion* — обращение, переход из одного состояния в другое) механизме истерических расстройств, когда болезненный симптом выступает символическим выражением эмоционального конфликта. Нарушение телесной функции есть соматизированное выражение несовместимых с осознаваемым «Я» идей.

Неотреагированный вытесняемый эмоциональный (внутриличностный) конфликт становится энергетическим резервуаром, подпитывающим болезнь. Следовательно, для прекращения истерического расстройства необходимо осознание этого конфликта, добиться чего можно за счет актуализации личностных ресурсов самого пациента. Дальнейшее развитие этой идеи пошло по пути поиска и совершенствования метода актуализации личностных ресурсов. Поэтому психосоматические нарушения в психоанализе долгое время отождествлялись только с *конверсионным психическим расстройством*.

Под конверсионным психическим расстройством сегодня понимаются нарушения телесных функций (двигательных или сенсорных) психогенного происхождения, имеющие тесную по времени связь с травматическими событиями, или неразрешимыми, невыносимыми проблемами, или нарушенными взаимоотношениями со значимыми людьми.

Истинно конверсионным считается расстройство, которое возникает вследствие неспособности человека самостоятельно разрешить возникшие проблемы и конфликты, вызывающие у него очень неприятные чувства.

Типичный пример детей с истинно конверсионным расстройством — это лица с судорожными конвульсиями, параличом (полным или частичным, когда движения слабы и замедленны), снижением остроты зрения («неясность» зрения или сужение поля зрительного восприятия), потерей кожной чувствительности. При этом симптомы являются конверсионными, если они возникают в ответ на эмоционально значимые или травмирующие события и отсутствуют данные об органическом поражении двигательного и нервного аппарата.

*В современной клинической психологии вместо термина «конверсионное» также используется более широкое понятие **«диссоциативное расстройство»**. В этом термине подчеркивается характерная особенность конверсионных расстройств, которая заключается в частичном или полном вытеснении из памяти психотравмирующего события, неразрешимой проблемы или конфликта, что проявляется в отрицании ребенком очевидной для окружающих временной и причинной связи между неразрешимой проблемой и появившимся расстройством.*

Дальнейшее развитие психодинамической концепции психосоматических расстройств происходило в нескольких направлениях: теория *личностных профилей*, теория *психосоматической специфичности*, теория *психосоматического Эго*.

Теория ***личностных профилей*** связана с именем Ф. Х. Данбар (F. H. Dunbar). В 1935 г. ею были опубликованы результаты исследования о связи соматических расстройств с определенными типами эмоциональных реакций, к которым предпочитают прибегать люди с теми или иными характерологическими чертами. Она обратила внимание на укорененную в личности предрасположенность к реагированию на психологический конфликт конкретным соматическим расстройством. В 1948 г. Ф. Данбар закончила разработку концепции личностных профилей, в которой эта исследовательница утверждала, что эмоциональные реакции на проблемные жизненные ситуации являются производными от структуры личности больного. Из этого тезиса вытекало предположение, что каждое соматическое заболевание, развившееся вследствие непроработанного психологического конфликта, связано с вполне определенным набором

характерологических черт и паттернов межличностного взаимодействия. Ею были выделены коронарный, гипертонический, аллергический и склонный к повреждениям типы личности.

Для *коронарного типа* личности (людей, которые склонны к развитию у них сердечно-сосудистой патологии) характерна повышенная агрессивность, жестокость, раздражительность, стремление всегда быть лидером и победителем, состязательность, нетерпение, гневливость и враждебность по отношению к другим. Ведущей причиной сердечных расстройств у «коронарной» личности Ф. Данбар считала подавление в силу социального или эмоционального запрета эмоции гнева. В 1974 г. американские кардиологи Роузенманн и Фридман назвали поведение коронарной личности *«поведением типа А»* (М. Айзенк и соавт., 2002).

Для *гипертонического типа* личности свойственны повышенная гневливость, чувство вины за собственные враждебные импульсы, выраженная потребность в одобрении со стороны окружающих, особенно — авторитетных или руководящих лиц.

В структуре *аллергического типа* личности часто встречаются такие черты, как повышенная тревожность, неудовлетворенная потребность в любви и защите, конфликтное сочетание стремления к зависимости и независимости, повышенная сексуальность (зуд как символическая форма мастурбации).

В социальном психоанализе Франкфуртской школы концепция Ф. Данбар была модифицирована в теорию «больного общества» (Э. Фромм, Дж. Холлидей). Дж. Холлидей (J. Halliday) выделяет два вида причин психосоматического расстройства: *структура личности* и ее *социальное окружение* /60/. Он считает, что психосоматические расстройства в подростковом и взрослом возрасте происходят от *фрустрации* ребенка на самых ранних стадиях жизненного цикла и *неадаптивной психологической защиты*, возникающей в ответ на эту фрустрацию. Пусковым фактором болезни Дж. Холлидей считает «слом» какого-либо одного или нескольких базовых паттернов социального взаимодействия: семейного, игрового, гендерного, религиозного, экономического, профессионального, политического. Поэтому согласно теории «больного общества» необходимо проводить комплексное исследование не только профиля личности, но и контекста социального взаимодействия больного ребенка.

В исследованиях Ф. Данбар была продемонстрирована роль психологических факторов развития психосоматических расстройств, однако ее теория не давала ответа на основной вопрос: каким образом бессознательный внутриличностный конфликт запускает или поддерживает заболевание? Ответ на этот вопрос попытался дать Ф. Александер.

Ф. Александер (F. Alexander) в 1950 г. предложил ***теорию психосоматической специфичности***. Гипотеза о специфичности как основном механизме психосоматического расстройства возникла из клинического опыта. В 1934 г. Ф. Александер опубликовал исследование о влиянии психологических факторов на развитие болезней желудочно-кишечного тракта /67/. К тому времени многие уже отмечали тот факт, что пищеварительная система наиболее «предпочитается» психическим аппаратом для облегчения разного рода эмоционального напряжения. Ф. Александер обратил внимание на высказанную в 1926 г. Ф. Дойчем (F. Deutsch) мысль о том, что органические повреждения могут быть следствием длительного функционального расстройства.[18] Как отмечает Дж. Поллок, эта идея резко контрастировала с доминировавшей тогда в европейской науке вирховской парадигмой клеточной патологии. Для объяснения самой возможности подобного феномена Ф. Дойч заявил о символическом значении органической патологии для личности больного, приведя в пример полученные от пациента во время аналитической сессии ассоциации между легочным кровотечением и фантазией о розах. Ф. Александер расширил эту идею, предположив, что не только отдельный симптом, но и весь патологический процесс может быть вызван специфическим психологическим стимулом. В своей статье он утверждал, что психологический фактор не столько вызывает само поражение желудочно-кишечного тракта, сколько запускает процесс гипо- или гиперсекреции желудочного сока, а также изменяет двигательную активность и давление крови в кишечнике.

Гипотеза о специфичности, выдвинутая Ф. Александером, опиралась на три базовых положения.

1. Психологический конфликт сочетается с физиологическими и биохимическими факторами, предрасполагающими к заболеванию.

2. Бессознательный конфликт активизируется под влиянием особо значимых жизненных событий.

3. Сопровождающие внутриличностный конфликт негативные эмоции выражаются на физиологическом уровне, что и приводит в конечном итоге к развитию болезни.

---

[18] Ранее сходные идеи высказывались и отечественными физиологами-сторонниками кортиковисцеральной концепции, однако, их работы были мало известны за пределами Советской России.

Таким образом, теория Ф. Александера непротиворечиво объединила три основные достижения психологии первой четверти XX в.: фрейдовскую концепцию о бессознательном внутриличностном конфликте, исследования кортиковисцеральных процессов в школе И. П. Павлова и теорию эмоций У. Кэннона, согласно которой эмоции выступают информационным посредником между организмом и средой, запускающим процессы кортиковисцерального взаимодействия для восстановления привычного эндокринного баланса, нарушенного под воздействием стрессовых жизненных событий. Мысль о специфичности психосоматических реакций возникла у Ф. Александера под влиянием работы Ч. Дарвина «Выражение эмоций у человека и животных». Как известно, Ч. Дарвин постулировал, что каждая эмоция выполняет функцию выражения определенного физиологического состояния организма. Соответственно, в рамках концепции эмоций У. Кэннона, получается, что какова эмоция, возникающая на стрессовое событие, такова и ответная физиологическая реакция: каждая эмоция может вызвать только определенное, специфичное только ей, физиологическое состояние организма.

Основное содержание теории психосоматической специфичности.

1. Психологические факторы, вызывающие соматические расстройства, имеют специфическую природу: ведущий симптом болезни прямо связан с одним из двух психологических факторов: эмоционально конфликтное неосознаваемое (т. е. вытесненное) отношение личности к самой себе или к окружающей среде.

2. Психические процессы, протекающие на осознаваемом уровне, играют только подчиненную роль в развитии и динамике заболевания, маскируя истинную причину соматического расстройства. Осознанно проявляемые пациентом негативные эмоции страха, гнева, агрессии, как правило, имеют острый реактивный характер, они непродолжительны по времени, проявляются спонтанно, поскольку не вступают в конфликт с требованиями Супер-Эго, а потому такие эмоции не могут вызывать изменений в органической структуре. Другое дело, когда эти же эмоции подавляются из-за их несовместимости с представлениями о собственной личности и не находят спонтанного выражения. Тогда они ведут к хронической иннервации — установлению длительных по времени кортиковисцеральных динамических связей, вызывая длительные нарушения функционирования внутренних органов.

3. Ситуативные жизненные переживания, как правило, также оказывают скоротечное влияние на организм пациента. Поэтому для установления психосоматического характера заболевания необходимо обращать внимание не на текущие эмоциональные проблемы, а учитывать весь жизненный путь пациента, поскольку только предшествующий опыт отношений со значимыми людьми может объяснить болезненную реакцию этого человека на конкретную травмирующую ситуацию.

Исследования, проводимые последователями Ф. Александера, выявили психосоматические отношения в патологии органов дыхания, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, кожи и костно-суставной системы.

В современной клинической психологии под психосоматическими расстройствами вслед за Ф. Александером понимают объективно диагностируемые органические поражения, в возникновении которых, по крайней мере у части пациентов, существенную роль играют психологические и поведенческие факторы. В отечественной клинике их нередко называют ***«психогенными»***. Психические нарушения, которые сопровождают психогенные органические заболевания, обычно являются слабовыраженными и длительно существующими (например, продолжительное беспокойство, хронические эмоциональные конфликты, постоянно возникающие дурные предчувствия и т. п.).

Сегодня насчитывается около 14 типов расстройств, связанных с влиянием психологических факторов /19/:

— стенокардия, нарушения сердечного ритма, сердечные спазмы;

— бронхиальная астма;

— болезни соединительной ткани (ревматоидный артрит, системная красная волчанка);

— головные боли (мигрень);

— гипертония;

— гипотония;

— синдром гипервентиляции, сопровождающий паническое и тревожное расстройство, а также тахикардию;

— воспалительные заболевания кишечника (неспецифический язвенный колит, синдром раздраженной толстой кишки);

— болезни эндокринной системы и нарушения обмена веществ (сахарный диабет, гипогликемия, тиреотоксикоз, глюкозурия, изменения гормонального метаболизма (особенно адренокортикотропного гормона));

— нейродермит;

— ожирение;

— остеоартрит;

— язва двенадцатиперстной кишки;

— аллергические расстройства.

Сегодняшние последователи теории психосоматической специфичности акцентируют этиологическую роль переживания *тяжелой утраты* как пускового фактора соматического заболевания, а также роль совокупных изменений, резко меняющих привычный ритм жизни или систему базовых представлений («картину мира») человека. Причиной здесь выступают психологический стресс и вызываемые им нарушения адаптивных возможностей организма.

Базовым положением ***теории потери*** (*object loss*) является то, что люди в течение жизни создают сильные эмоциональные связи с другими. Реальное или символическое, мнимое отлучение от этих фигур и приводит к психосоматическим нарушениям /55/.

Отношения привязанности по значимости сопоставимы с пищевым и сексуальным поведением. В ходе здорового личностного развития привязанность вначале устанавливается между ребенком и родителями, а затем — между взрослыми. Привязанность сопровождается поведением заботы о значимой фигуре, особенно во время болезни, переживания стресса, в старости. Потеря партнера по отношениям привязанности вызывает горе. Угроза такой потери — тревогу. Обе эти ситуации могут порождать враждебность, направленную вовне или на себя.

Люди, пережившие потерю значимой фигуры, реагируют протестным поведением и отличаются настойчивыми отчаянными попытками обрести потерянный объект. Затем отчаяние прекращается, появляется безнадежность, выражающаяся в апатии и уходе от контактов. Человек становится внешне спокойным, но отвергает заботу окружающих, личность становится центрированной на себе. В качестве психологической защиты развивается тенденция к исключению определенных видов информации, связанной с потерянным объектом. Защитное исключение порождает внутренний конфликт и чувство вины с частичным или полным отдалением от фигуры привязанности. И на этой базе развивается психосоматическое расстройство.

Как собственно источник стресса здесь рассматривается только фаза протеста с ее постоянными неуспешными попытками восстановить утраченные отношения. Но и восстановление отношения привязанности с другими лицами часто скрывает повышенную чувствительность к будущим травмам подобного рода.

В качестве условий, способствующих закреплению болезненных реакций на потерю значимого объекта, рассматриваются паттерны семейных отношений, которые были в семье до потери значимого объекта и которые возникли после нее. Для взрослых пациентов важным предметом анализа также становится изучение обстоятельств жизни после потери.

Еще одной теорией, развившейся из идеи психосоматической специфичности Ф. Александера, стала концепция ***алекситимии***. Алекситимия (*«нет слов для выражения чувств»*) является психологической характеристикой, с которой связана неспособность словесно определить и описать возникшее чувство. Неидентифицированное чувство вызывает физиологическое напряжение, вызывающее изменение на соматическом уровне. Человек не может различить собственно чувство и телесное ощущение и фокусирует свое внимание на телесных ощущениях, что только усиливает напряжение и приводит к соматическим нарушениям вследствие психофизиологической перегрузки. Из-за того, что сильная эмоция не подвергается вербальной символизации и, следовательно, остается недоступной сознанию, она начинает непосредственно воздействовать на организм, причиняя неблагоприятные последствия.

На психологическом уровне алекситимия проявляется снижением способности к символизации, скудостью содержания фантазий и других проявлений воображения, большим фокусированием на внешней стороне событий, а не на внутренних переживаниях в связи с ними.

Алекситимия может возникать как психологическая защита на эмоциональный стресс («вторичная алекситимия») и развиваться в отсутствие психофизиологических механизмов (биохимический дефицит), отвечающих за функции воображения («дефицитарная алекситимия»).

Теория ***психосоматического Эго*** опирается на постулированное З. Фрейдом существование в структуре личности *психического и телесного «Я»*. Телесное «Я» рассматривалось им как представленность («проекция») телесных функций в психической сфере, как феномен восприятия процессов, происходящих в теле /48/. Те функции и части тела, которые по каким-либо причинам отвергаются человеком, — вытесняются в сферу бессознательного, т. е. не входят в его

личностную идентичность. Энергия, исходящая от этого участка тела или функции, начинает стремиться к реализации и, сталкиваясь с такой психологической защитой «Я» от бессознательных импульсов как сопротивлением, приводит к расстройству вытесняемой телесной функции.

Идея телесного «Я» получила развитие в психосоматической концепции немецкого психотерапевта Г. Аммона /52/. Психосоматическое расстройство понимается здесь как *проявление аномального личностного развития* вследствие неблагополучных («патогенных») отношений с матерью в периоде раннего детства. С точки зрения психоаналитической концепции развития, в первые месяцы жизни ребенок не ощущает себя отдельным от матери существом. Мать воспринимается младенцем как неотъемлемая часть его тела, которое еще не имеет четко осознаваемых границ, а потому ребенок оказывается не в состоянии различать свои собственные телесные функции. Следовательно, мать и дитя образуют некое психосоматическое единство, живя в диадном симбиозе. Поэтому главной задачей развития в младенчестве является распознание и структурирование своих собственных потребностей и телесных функций, что оказывается возможным только в условиях соответствующей заботы со стороны матери, обеспечивающей телесный контакт, еду и уход.

Неструктурированное Эго младенца может развиваться в двух направлениях в зависимости от характера отношений с матерью.

«Хорошая» мать, обеспечивающая достаточную любовную заботу, адекватно реагирует на сигналы, идущие от ребенка. Она распознает актуальные для младенца телесные и эмоциональные потребности и удовлетворяет их подобающим образом. Если ребенок голоден, мать предоставляет ему еду. Если ребенок нуждается в смене пеленок после совершения туалета, она их меняет. Если ребенок испытывает дискомфорт, мать устраняет неприятный фактор. Если он хочет почувствовать тепло и уют, мать отвечает заботой и лаской. Адекватное реагирование со стороны матери наряду с эмоционально насыщенным общением, в ходе которого младенец усваивает модальность отношения к нему, позволяют ребенку составить правильную телесную схему своего тела и сформировать мотивацию к его познанию. Тем самым ребенок переходит в стадию первичного нарциссизма, завершающуюся формированием развитого телесного «Я». На основе развитого телесного «Я» складывается личностный механизм восприятия своего тела, а также определяются условия удовлетворительного взаимодействия «Я» с внешним миром.

«Психосоматогенная» мать испытывает частичную беспомощность в реагировании на сигналы ребенка. Она не в состоянии адекватно распознать, о каких неудовлетворенных потребностях сигнализирует ей младенец, не уделяет ему достаточно внимания и заботы. Между матерью и ребенком устанавливается односторонняя коммуникация. Она адекватно реагирует только на отдельные телесные потребности, острую материальную нужду или явную болезнь. Не понимая эмоциональных запросов со стороны ребенка, она интерпретирует его недовольство как каприз, поскольку материальные потребности ею удовлетворены. Любую спонтанную экспрессию ребенка такая мать воспринимает как оскорбление своих материнских чувств («Ну, чего же тебе еще нужно от меня?!»). Это жестко контролирующая и одновременно постоянно покидающая (если ее ожидания не оправдываются) ребенка мать.

Как результат, у ребенка в такой системе отношений с матерью складывается дефектное, разорванное телесное «Я», в котором представлены только отдельные, изолированные телесные функции, поскольку мать реагировала на одни и те же потребности не всегда, а только в случае крайней нужды. Не представленные в телесном «Я» функции начинают проявлять себя в виде болезненных симптомов, поскольку у ребенка не оказывается другого пути «достучаться» до своей матери. Параллельно с этим у ребенка развивается гиперактивность и происходит патологическая трансформация изначально конструктивной агрессии по отношению к неудовлетворяющей его потребности матери на свое собственное тело (поскольку ребенок усваивает негативное отношение к этому телу со стороны матери).

Таким образом, психосоматическое расстройство, согласно концепции Г. Аммона, есть результат отрицательного отношения индивида к отдельным элементам своего «Я», вызванного неконструктивными отношениями со значимыми людьми из ближайшего окружения. Возникновение психосоматических реакций на травмирующие жизненные события оказывается связанным здесь с неразвитой способностью человека устанавливать четкие границы своей идентичности, разделять свое и чужое мнение о самом себе. По образному выражению Г. Аммона, психосоматик вместо вопроса, обращенного к самому себе: «Кто Я?», пытается добиться от других ответа на вопрос: «Что со мной происходит?». Тем самым через болезнь он уходит от своей подлинной к «ложной» идентичности, постоянно колеблясь между тотальной зависимостью от значимых других и озлобленностью на эту свою зависимость.

В современной психодинамической концепции психосоматические расстройства этиологически не сводимы к конверсионному (невротическому) расстройству, а занимают промежуточное положение между неврозами и психозами.

Невротическое конверсионное расстройство развивается в уже развитом Эго во время или после прохождения фазы разрешения Эдипова комплекса, когда чувство соперничества или обиды на значимого человека возникает в ситуации морального запрета на спонтанное выражение негативных чувств и приводит к ощущению покинутости. Симптом сигнализирует здесь о неспособности невротика к адекватному взаимодействию с ближайшим окружением. При этом имеется четкое разграничение своего «Я» и «Я» других людей. И отсутствуют объективные органические нарушения (расстройство носит только функциональный характер).

Психотические расстройства трактуются в психодинамической школе как потеря контакта с внешним окружением вследствие нарушения архаической структуры Эго. При этом весь опыт и поведение человека полностью определяются воображаемым чувством безграничной власти или страха уничтожения, которые воспринимаются как реальные. Нарушения архаической структуры Эго касаются несформированности раздельного восприятия психической и объективной реальностей, из-за чего мечты, страхи, фантазии и навязчивости психотика проецируются на окружающую среду без учета принципа реальности.

Психосоматические расстройства связаны с нарушенными отношениями с матерью на самых ранних этапах развития и сохранением психотравмирующих отношений с близкими на протяжении всей жизни. Из-за этого у психосоматиков развивается аутовраждебное и жестокое Супер-Эго, превращающее чувства телесного «Я» в нечто «чужое», «не свойственное» личности, низкое и отвратительное. Поэтому психосоматические симптомы имеют компенсаторную функцию и выступают эквивалентом психотической дезинтеграции Эго, когда бессознательные самодеструктивные силы (энергия и негативный аффект) замыкаются в ограниченной сфере соматической болезни, сохраняя человеку психическое здоровье. Другими словами, психосоматические расстройства связаны с частичной дезинтеграцией Эго только на уровне телесного «Я», тогда как психотические расстройства характеризуются тотальной дезинтеграцией Эго. Отличительной чертой истинных психосоматических расстройств от конверсионных расстройств является то, что психосоматический симптом обязательно сопровождается объективными органическими поражениями. Выводом, который следует из такой трактовки психосоматических расстройств, можно считать то, что «уход в органическую болезнь» нередко служит естественной защитой от развития психотического расстройства. Данный вывод подкрепляется свидетельствами К. Юнга, Г. Дрейфуса и В. Кютемейера, что у психотиков нет психотических реакций во время обострения органических заболеваний /63/. В процессе жизни у психосоматиков может наблюдаться феномен смещения соматических нарушений в процессе медицинской терапии (когда вместо одного устраненного симптома возникает другой), пока, наконец, смещение не перейдет в психическое расстройство, характерное для психотических реакций, что обусловлено промежуточностью положения психосоматозов между неврозами и психозами.

Г. Аммон дает следующую психологическую характеристику действительных психосоматических больных.

1. Они не видят связи между соматическими симптомами и проблемами, которые они испытывают в жизни.

2. Иногда они выглядят как шизоидные личности, однако оживляются, как только у них появляется возможность поговорить о своих соматических расстройствах. Они требуют к себе повышенного внимания и заботы, демонстрируют потребность в симбиотической зависимости. Если эти потребности не удовлетворяются, они выглядят подавленными, предъявляют различные претензии к окружающим, но одновременно не испытывают реального интереса к другим людям и вещам.

Идеи теории психосоматического Эго получили альтернативную интерпретацию у сторонников *антропологического метода* в психологии, главным представителем которого является В. Вайцзеккер (V. Weizsacker). Вместо анализа опыта отношений в раннем детстве антропологические психологи предлагают поиск символического смысла соматических расстройств в субъективной истории жизни человек: болезнь есть сигнал об экзистенциальном кризисе жизни.

Теория «жизненных кризисов» по сути исходит из психоаналитических представлений о стадиях формирования личности, однако включает в себя и эволюционные представления о биологической адаптации, и эпигенетический подход Э. Эриксона. Кризисы определяются здесь и как большие события, и как кардинальные жизненные изменения, «поворотная точка судьбы».

Возникновение психосоматического расстройства в период жизненного кризиса зависит от дисбаланса между трудностью и личностной значимостью проблемы, с одной стороны, и с отсутствием ресурсов для ее разрешения, с другой /56/. Рост напряжения проявляется в «приступе» тревоги, страха, вины, стыда, наступающего из-за ощущения зависимости от воли обстоятельств. В своем течении кризис проходит очерченные фазы.

1. Первоначальный рост напряжения с попыткой использовать привычное решение проблемы.

2. Отсутствие успеха, сопровождающееся ростом напряжения, «приступа» и чувства неэффективности.

3. Дальнейший рост напряжения с мобилизацией всех внутренних и внешних ресурсов, поиском новых методов решения проблемы.

4. Если проблема не решается или не делается попыток изменения прежних подходов к ее решению (продолжение привычного образа жизни и игнорирование его неэффективности), нарастает внутриличностная дезорганизация, которая результируется в заболевании.

Таким образом, заболевание в рамках этой концепции можно рассматривать и как сигнал организма о необходимости жизненных перемен или изменения позиции личности по отношению к имеющейся проблеме.

Базовые теоретические положения **кортиковисцеральной концепции** психосоматических расстройств были сформулированы И. П. Павловым (1849-1936). В этой концепции психическое понимается в рамках нейробиологической парадигмы, что определяет специфическую трактовку соотношения психики и тела (сомы). Понятие психики здесь содержательно подменяется идеей «нервизма» о том, что «психика» есть не более чем эпифеномен нервных процессов, в которых нейронные импульсы передаются в двух направлениях: от коры на периферию и обратно. Нервные процессы являются составной частью процессов органических. Следовательно, любые нарушения в «нисходящих» нейронных цепях (от коры к внутренним органам) могут вызывать расстройства органического уровня. По мнению И. П. Павлова, характер протекания нервных процессов может определять характер течения соматической болезни, потому что ядро этой болезни (органическое нарушение) обрастает функциональными наслоениями эмоционального плана, которые способны маскировать или даже изменять направленность органического процесса. В качестве примера им приводились свидетельства улучшения самочувствия больного на фоне прогрессии соматического расстройства или, напротив, значительного утяжеления самочувствия при медленном развитии патологического процесса.

В отечественной клинической психологии исследование психосоматических отношений долгое время развивалось на основе кортиковисцеральной концепции. Основоположниками кортиковисцеральной теории патогенеза соматических болезней в России стали психиатры Быков и Курцин. В центре внимания этой теории были соматические нарушения, возникающие при невротических расстройствах. Эти нарушения рассматривались как психофизиологическое сопровождение имеющихся у пациентов эмоциональных проблем. Изменения, возникающие у «невротиков» в анатомо-физиологических системах, объяснялись наличием в их организме до определенного времени скрыто протекающих («до-клинических») патологических процессов, которые только лишь проявляли себя под триггерным («пусковым») действием провоцирующих психологических факторов. Иногда соматические расстройства при неврозах объяснялись как декомпенсация функции под действием избыточного нервного напряжения либо как нарушение ритма адаптивных процессов в условиях вызванной психологическими причинами дезинтеграции работы физиологических систем.

Связь между формой болезни и содержанием психологического конфликта сторонники кортиковисцеральной концепции рассматривали как случайное совпадение, поскольку основной причиной расстройства они считали силу возбуждения в нейронных цепях, которая воспринимается человеком как сильное эмоциональное переживание. Соматическое расстройство в таком случае может возникнуть только в том случае, если в момент сильного переживания в каком-то органе тела по роковому стечению обстоятельств было неудовлетворительное функциональное состояние. Другими словами, ослабленная в момент переживания физиологическая система («слабое звено») вовлекается в патологический процесс, независимо от психологического смысла внутриличностного конфликта или проблемы, вызвавшей сильные переживания. Таким образом, психосоматические отношения в нейробиологической трактовке понимаются либо как влияние эмоций, сопровождающих уже имеющееся расстройство, на динамику патологического процесса, либо как поломку «слабого звена» в морфологической структуре организма под действием сильного аффекта. Отдельно выделяется и запускающая функция эмоций в развитии патологического процесса.

Итак, в рамках кортиковисцеральной концепции термин «психосоматическое» имеет принципиально иное содержание, чем в психодинамических теориях психосоматических

отношений, чего нельзя не учитывать при сравнении этих направлений в клинической психологии. Само определение павловского подхода к проблеме психосоматики указывает на то, что под психикой здесь понимается психофизиологическая активность высшего отдела центральной нервной системы — коры (*cortex*), а под телом (сомой) — внутренние органы тела (*viscera*). При этом полагается, что все внутренние органы имеют свое представительство в коре головного мозга. По мнению современных сторонников кортиковисцеральной концепции, влияние коры больших полушарий на внутренние органы опосредуется лимбико-ретикулярной, вегетативной и эндокринной системами /20/.

Трактовка психики как интегральной высшей функции мозга (ЦНС) переводила понятие «психосоматика» в плоскость взаимодействия нервного и соматического аспектов жизнедеятельности организма, представляя соотношение психики и тела как *психофизиологический процесс*. При таком понимании психосоматических отношений можно было говорить об их двунаправленности: не только от психических процессов (под которыми понималась активность коры и вообще ЦНС) к телу, но и наоборот — от тела к психическим процессам. Другими словами, речь могла идти уже и о так называемых *«соматопсихических»* расстройствах, под которыми понимались нарушения психической (а точнее — психофизиологической) деятельности в условиях соматического заболевания.

Соматопсихическое направление было заложено в нашей стране трудами психиатров С. С. Корсакова, П. Б. Ганнушкина, В. А. Гиляровского, Е. К. Краснушкина. В рамках этого направления клинико-психологических исследований было установлено, что имеются два пути патогенного влияния соматической болезни на психику: собственно *соматогенный* (интоксикационное воздействие на ЦНС) и *психогенный* (острая реакция личности на заболевание и его последствия).

Действительно, хроническое соматическое заболевание существенно изменяет социальную ситуацию развития личности: изменяются возможности в осуществлении тех или иных видов деятельности, игры, ограничивается круг контактов с окружающими, корректируется видение своего места в жизни, изменяется восприятие времени. Все это может приводить к снижению волевой активности, изменению мотивационного компонента деятельности и поведения, сужению круга интересов и общему оскудению личности.

Е. Т. Соколова и В. В. Николаева обращают внимание на важный механизм соматопсихических отношений — механизм *«замкнутого круга»* /44/. Он заключается в том, что нарушение, первоначально возникающее в соматической сфере, вызывает психопатологические реакции, дезорганизующие личность, а эти реакции, в свою очередь, выступают причиной последующих соматических нарушений. Эта идея также раскрывается в понятии *«психосоматического цикла»*, когда периодическая актуализация психологических проблем и связанных с ними длительных или интенсивных переживаний приводит к обострению хронического соматического расстройства или формирует новый соматический симптом.

В последнее время разрозненные положения всех рассмотренных концепций психосоматических расстройств объединяются в рамках биопсихосоциальной модели болезни Дж. Энгеля (G. L. Engel). Психосоматическое расстройство следует рассматривать как функцию множества факторов, среди которых психологические играют ведущую этиологическую роль с учетом конкретных жизненных обстоятельств конкретного человека. К факторам, отвечающим за развитие психосоматических расстройств, относятся /67/:

— врожденная конституция тела, работа эндокринных, физиологических и нервных систем;

— родовые травмы;

— органические заболевания в детстве, в результате чего определенный орган становится уязвимым;

— тип ухода за ребенком в детстве (как убаюкивали, приучали к туалету, кормили, общались и т. п.);

— случайные физические травмы в детстве;

— случайный опыт психотравмирующих переживаний в детстве;

— эмоциональный климат в семье в сочетании с личностными качествами родителей и сиблингов (братьев и сестер);

— физические травмы во взрослом возрасте;

— взрослый опыт психотравмирующих переживаний в личных и профессиональных отношениях.

Традиционно считающиеся «истинно» психосоматическими заболевания на самом деле не более связаны с действием психологических факторов, чем любые другие. Поэтому более правильно говорить не о конкретных психосоматических болезнях, а о вообще соматических расстройствах, связанных с действием психогенных факторов.

С 1980 г. для обозначения соматических симптомов, которые имеют исключительно функциональную природу, но при этом у пациента не удается обнаружить значимых психологических факторов (например, таких, которые перечислены с вышеприведенном списке Дж. Поллока), введено понятие **соматоформных расстройств**.

Главным отличием соматоформных расстройств от психосоматических является то, что при соматоформных расстройствах функциональные или незначительные органические нарушения сопровождаются *чрезмерной тревогой за свое физическое здоровье*. Общим для всех соматоформных расстройств актуальным психологическим состоянием является остро выраженная потребность во внимании и заботе со стороны тех, кому предъявляются жалобы. Чрезмерная озабоченность состоянием своего здоровья обычно связана с психосоциальными и эмоциональными проблемами человека. Но отягчающих психологических факторов при этом не обнаруживается. Например, психологически благополучный ребенок, испытывающий текущие неразрешимые проблемы в отношениях со сверстниками в школе или плохо подготовленный к предстоящей контрольной работе, в случае соматоформного расстройства может жаловаться на учащенное сердцебиение, неприятные ощущения за грудиной, повышенную температуру, боль во внутренних органах или в голове, иметь нарушения стула, мочеиспускания, дыхания, страдать от частых приступов метеоризма, кашля, одышки.

К соматоформным расстройствам также относят постоянную озабоченность возможностью заболевания несколькими или одним, но обязательно тяжелым, соматическим расстройством (ипохондрия). А также — соматизированные симптомы в виде повторных приступов рвоты, боли в животе, кожного зуда, жжения, покалывания, онемения, нарушений сексуальных функций, сопровождающиеся отчетливой тревогой и депрессией.

Соматоформные расстройства часто возникают у таких детей, которые живут в семьях с тяжело больным родственником. В этом случае соматоформные реакции на текущие психосоциальные или эмоциональные проблемы могут подкрепляться родителями и другими родственниками из опасения за возможную угрозу здоровью ребенка. Низкая толерантность к физическим нагрузкам также является одним из индикаторов возможных соматоформных реакций. Такие дети стараются избегать физических перегрузок, мотивируя это тем, что нагрузки вызовут у них обострение плохого самочувствия. Они озабочены стремлением «беречь силы».

Перегрузки или стресс также способствуют возникновению соматоформных расстройств.

Среди психиатров бытует мнение о том, что в случае соматизированных расстройств речь может идти о так называемой «ларвированной депрессии». Между соматоформными симптомами и депрессией действительно существует значимая корреляция, однако, как указывает В. Риф, соматоформные симптомы часто возникают задолго до появления депрессивных признаков /21/. Кроме того, у них не обнаружено общих биологических нарушений, поэтому высокие корреляции депрессии и соматизации еще не говорят о том, что соматоформные реакции обязательно связаны с депрессивными расстройствами. Возможно, здесь имеется взаимовлияние разных факторов: люди с соматоформными расстройствами часто ограничивают сферу жизнедеятельности, что способствует развитию в дальнейшем депрессии. И наоборот — лица с депрессиями склонны к искаженному восприятию телесных ощущений.

7.1. Концепция «субъективной картины болезни» как психологическая основа соматопсихических расстройств.

В рамках соматопсихического направления в советской клинической психологии разрабатывалась концепция ***«субъективной картины болезни»***, автором которой стал отечественный психолог А. Р. Лурия /28/. Он развил идеи А. Гольдшейдера об «аутопластической[19] картине болезни», сделав акцент на зависимости формирования устойчивости к заболеванию и характера течения болезни от активности отношения больного к своему заболеванию, к собственному внутреннему миру и к окружающей реальности.

Для изучения субъективной стороны расстройства в клинической психологии используется целый ряд терминов: *«переживание болезни»*, *«сознание болезни»*, *«соматонозогнозия»*. Каждое из этих понятий выделяет какую-то одну из сторон психологической реакции на болезненное состояние. «Переживание болезни» делает акцент на. эмоциональной стороне отношения человека к своему расстройству. «Сознание болезни» — на рациональном компоненте отношения,

[19] А. Гольдшейдер различал «аллопластическую картину болезни», отражающую органические и функциональные (объективные) изменения, связанные с заболеванием, и «аутопластическую картину болезни», т. е. субъективные представления о ней.

интеллектуальной интерпретации своего состояния. «Соматонозогнозия» — на познавательной оценке степени тяжести прогноза своего состояния, оценке значения болезни во временной перспективе (кем был до болезни, кем являюсь сейчас, что со мной будет). Понятие внутренней картины болезни охватывает все три аспекта отношения человека к расстройству здоровья.

В. В. Николаева предлагает выделять в структуре внутренней (субъективной) картины болезни следующие уровни /31/:

— **сензитивный** (болезненные ощущения и состояния);

— **эмоциональный** (непосредственные эмоциональные реакции на болезненные ощущения и эмоциональные реакции на последствия болезни в жизни человека);

— **интеллектуальный** (знания о болезни и оценка своего состояния);

— **мотивационный** (возникновение новых мотивов и перестройка прежней мотивационной структуры).

Р. Конечный и М. Боухал предлагают выделить во внутренней картине болезни также и *волевую сторону*, связанную со стремлением совладать с болезнью /23/.

Содержание субъективной картины болезни зависит от влияния ряда факторов:

— **характер расстройства** (острое или хроническое, наличие или отсутствие боли, косметических дефектов, сохранение или ограничение прежних возможностей в поведении и деятельности и т. п.);

— **обстоятельства жизни** с расстройством (появление новых проблем, стигматизация, дискриминация и т. д.);

— **личностные особенности** пациента;

— **социальный статус** до развития расстройства.

Клинико-психологический анализ субъективной картины болезни осуществляется в терминах психопатологических нарушений, регистрируемых в каждой из сторон.

С понятием субъективной картины болезни в отечественной клинической психологии связана вся *система отношений* личности пациента, включая поведенческие паттерны ее проявления.

В зависимости от содержания внутренней картины болезни у личности могут развиваться разнообразные типы отношения к своему заболеванию, среди которых наиболее часто выделяют следующие (табл. 1).

Таблица 1.

Тип отношения	**Краткая характеристика отношения**
Адекватное	Отношение соответствует объективному состоянию: без преувеличения или недооценки. Нежелание обременять окружающих тяготами ухода за собой, переключение на доступные сферы деятельности.
Пренебрежительное	Недооценка своего состояния
Отрицающее	Активное игнорирование наличия расстройства.
Аггравирующее	Преувеличение степени тяжести своего состояния.
Ипохондрическое	Погружение, «уход» в болезнь, сосредоточенность только на своем расстройстве.
Рентное	Использование своего состояния для манипулирования другими людьми с целью получения моральных или материальных выгод.
Безразличное	Пассивное принятие своего состояния, утрата интереса ко всему, что интересовало ранее.

Знание структуры внутренней картины болезни позволяет выбрать адекватную программу психокоррекционных мероприятий, направленную либо на снятие дискомфортных ощущений, либо на изменение модальности переживаний, либо на активизацию усилий по конструктивному приспособлению к болезненному состоянию, либо на коррекцию когнитивных установок и способов рационализации своего состояния.

Общими *целями психологического сопровождения* ребенка с хроническим соматическим расстройством выступают:

— предоставление адекватной информации о болезни;

— эмоциональная поддержка (родственников, специалистов, сверстников, «товарищей по болезни»);

— развитие и поощрение навыков самообслуживания в различные моменты и этапы болезни для избегания «выученной беспомощности»;

— постановка новых адекватных текущему и прогнозируемому состоянию жизненных целей и задач.

7.2. Психология инвалидности.

Особое место в соматопсихическом направлении занимает проблема отношения к своему расстройству или дефекту у **детей-инвалидов**. В настоящее время концепция инвалидности опирается на культурно-историческую теорию развития психики, что качественно изменило стереотипные представления о закономерностях и механизмах функционирования телесного «Я». Тело всегда наделено не только личностным, но и культурным смыслом и значением, оно выступает центральным компонентом личностной идентичности и одним из основных способов проявления личностных качеств и характеристик в социальном взаимодействии и общении.

В культурном пространстве существуют идеальные образцы мужского или женского тела, по отношению к которым общество определяет «патологические» и «неестественные» тела. Поэтому дети с телесными дефектами, выступающими внешними знаками определенных соматических расстройств (например, ДЦП, полиомиелит и т. п.) чувствуют себя «неправильными», «инакими» и подвергаются со стороны окружающих людей стигматизации (*stigma* — бросающийся в глаза признак патологии, клеймо позора). **Стигматизация** — это процесс приписывания отрицательных черт или выделение из общества посредством дискриминации из-за наличия у человека признака какого-либо расстройства или из-за отклонения от социальных норм. Стигматизации подвергаются как раз такие телесные черты, которые не соответствуют культурным стандартам тела.

Стигматизированные дети-инвалиды исключаются из социального пространства здоровых детей, т. е. маргинализируются. Психологическим механизмом маргинализации является страх здоровых детей и их родителей перед «нетипичным» дефектным телом, не соответствующим социальным ожиданиям и доминирующим идеалам. Встреча с телесным дефектом напоминает здоровым людям об угрозе собственному телесному благополучию, актуализирует перенос возможных вследствие болезни проблем с больного ребенка на здорового. Во многом страх, сопровождающий такую встречу, связан с распространенными социальными представлениями о дефекте как признаке слабости, пассивности, зависимости.

Вследствие маргинализации и стигматизации у детей-инвалидов часто развивается *чувство неполноценности*, оказывающее влияние на весь жизненный путь личности. Иногда наличие дефекта как внешнего проявления соматического расстройства может стать причиной невротических и личностных расстройств, которые вполне вписываются в психодинамическую концепцию конверсионных и психосоматических расстройств.

Изменения в *когнитивной и эмоциональной сфере* являются наиболее характерными для детей-инвалидов. В структуре их личности четко прослеживается *фобический компонент* /46/. Страхи могут быть вполне обоснованными, однако в значительной мере они преувеличенные и внушенные, имеют парадоксальное содержание: одновременно отражают актуальное и возможное состояния ребенка. Так, ребенок может страдать от дефицита общения, испытывать страх одиночества и одновременно бояться предстоящих встреч с другими людьми. Среди детей-инвалидов нередок страх выздоровления в связи с возможной, по их мнению, утратой любви и повышенного со стороны значимого окружения, а также из-за необходимости возвращения к обычной жизни в школе, к которой они чувствуют себя не готовыми. Ощущение острого дефицита знаний, умений, навыков, необходимых для жизни в обществе, осознание ограниченности своих физических возможностей и юридических прав в связи со статусом инвалида нередко приводит к фиксации на мыслях о бессмысленности дальнейшего существования.

Проблема несоответствия телесного «Я» идеальным стандартам особенно остро переживается в 5-7-летнем и подростковом возрастах. Начиная с 6-7 лет, на первое место выходят переживания по поводу социальной заброшенности, незащищенности, общественного пренебрежения.

Инвалидность ребенка часто заставляет родителей следовать гиперопеке в ущерб другим воспитательным стратегиям, что только способствует психосоциальной дезадаптации детей-инвалидов и еще больше инвалидизирует их, поскольку тактика гиперопеки формирует у детей состояние *«выученной беспомощности»* и чувство низкой *«самоэффективности»*.

«Выученная беспомощность» — понятие, введенное М. Селигманом, — в общих чертах сводится к тому, что ребенок-инвалид, который в условиях гиперопеки часто сталкивается с

ограничениями собственного контроля в различных жизненных ситуациях, перестает стараться влиять на результат своих усилий не только в этих конкретных ситуациях, но также и в тех новых ситуациях, в которых он может обходиться без посторонней помощи. У детей-инвалидов, воспитывающихся по типу гиперопеки, формируется три вида личностного дефицита: мотивационный, когнитивный и эмоциональный. Сначала у ребенка-инвалида редуцируется мотив пытаться справиться с возникающими трудностями, поскольку ситуация всегда контролируется родителями или педагогами. Редуцированный мотив преодоления трудностей приводит к снижению когнитивных способностей оценки жизненных ситуаций, что делает ребенка-инвалида беспомощным в непривычной среде обитания, в которой нет родительского или педагогического контроля. Осознание своей навязанной (родителями и педагогами) ограниченности в способностях самостоятельно совершать даже посильные поступки приводит к развитию сниженного эмоционального фона настроения и даже депрессии.

Понятие **«самоэффективности»**, введенное А. Бандурой, означает убежденность человека в своей способности мобилизовывать мотивацию, когнитивные и поведенческие возможности, чтобы соответствовать требованиям жизненных ситуаций. Чувство самоэффективности связано не с имеющимися у ребенка умениями и навыками, а с его *представлениями* о том, чего он сможет добиться при наличии доступных для него умений. Даже если у ребенка сформированы доступные, адекватные его состоянию и необходимые для самостоятельной жизни навыки и умения, главной детерминантой их практического использования будет именно представление об ожидаемой эффективности их применения: сколько сил будет затрачено на решение проблемы, как долго удастся выдерживать напряжение в стрессовой ситуации. В условиях гиперопеки эти представления не формируются, поскольку обучение навыкам и умениям носит «тепличный» характер, не соответствующий характеристикам реальных ситуаций, в которых оказывается ребенок-инвалид (в реальных ситуациях проблемы за него стремятся разрешать именно родители или педагоги).

Выделяют ***четыре фактора, влияющие на формирование чувства самоэффективности***:

— достигнутые результаты (успех в прошлом дает высокие ожидания результативности текущих действий, тогда как прошлые неудачи снижают эти ожидания);

— косвенные переживания (впечатления от успеха или неудачи других детей);

— словесное убеждение (самоэффективность повышается, когда авторитетное лицо — родитель или педагог — убедительно говорят о том, что ребенок в состоянии справиться с ситуацией);

— эмоциональная активация (чувство тревоги и напряжения снижает ощущение самоэффективности).

Инвалиды с низкой самоэффективностью в большей мере склонны к преувеличению трудностей и чаще демонстрируют неумение их преодолевать. Ощущение низкой самоэффективности также способно провоцировать развитие депрессии или ее усиление.

С состоянием выученной беспомощности и чувством самоэффективности связаны и такие личностные черты, как *локус контроля* и *воспринимаемая управляемость*.

Локус контроля — это представление ребенка-инвалида о том, где осуществляется контроль над значимыми событиями в его жизни: внутри него самого или во внешней среде. В зависимости от воспитания и отношения к ребенку-инвалиду у него может формироваться внутренний или внешний локус контроля. В условиях гиперопеки как основного стиля взаимодействия с инвалидом последний связывает успешность своих действий только с действиями других людей, поэтому он реже будет стремиться самостоятельно преодолевать трудности, а значит, у него не будет достаточного опыта для развития чувства самоэффективности. Для развития внутреннего локуса контроля со стороны родителей и педагогов необходимо использовать значимые для ребенка-инвалида подкрепления его самостоятельной активности: например, таким подкреплением может быть достижение значимой для ребенка цели. При этом важно иметь в виду, что развитие внутреннего локуса контроля совсем не обязательно должно быть связано с непременной реализацией всех намеченных ребенком действий, чтобы он мог трезво оценивать свои физические возможности и способности и тем самым сформировать адекватные представления о собственной самоэффективности.

Выученная беспомощность, самоэффективность и локус контроля вместе составляют такую интегральную личностную характеристику ребенка-инвалида как воспринимаемая управляемость. **Воспринимаемая управляемость** — это общее представление человека о своей способности управлять процессом собственной жизни. Психологически комфортное состояние ребенка-инвалида (т. е. отсутствие у него утомления, тревоги, депрессии, а также субъективное чувство

физического благополучия) зависит от того, насколько предъявляемые к нему требования сочетаются с простором для принятия решений или возможностью быть самостоятельным.

У детей перечисленные особенности состояния инвалидности значительно более выражены, чем у взрослых, поскольку у них еще не до конца сформированы волевой и мотивационный компоненты личности. Следовательно, целенаправленная работа психолога с родителями и педагогами, взаимодействующими с детьми-инвалидами, особенно консультирование по воспитательным стратегиям, приобретает особенное значение.

Важным фактором, определяющим специфику отношения к собственной инвалидности у ребенка, является **социальная поддержка**. Социальная поддержка включает в себя создание для ребенка-инвалида широкой, стабильной сети социальных контактов, которая характеризуется совместным проживанием и проведением досуга с другими детьми и взрослыми, наличием друзей, членством в клубах и общественных объединениях. В зависимости от целей, социальная поддержка может быть разноуровневой и включать как сообщество только детей-инвалидов, так и смешанные сообщества детей-инвалидов и здоровых детей. Эмоциональная поддержка, как правило, более эффективна в гомогенных группах детей-инвалидов, имеющих сходный дефект, тогда как повышение уровня социальной адаптации более эффективно в гетерогенных группах. Однако мало просто поместить ребенка-инвалида в группу здоровых детей. Без соответствующей психосоциальной работы со здоровыми детьми и взрослыми, направленной на развитие у них толерантности к «иным» другим людям, контакты с ними ребенка-инвалида могут дать обратный эффект: вместо социальной поддержки вызвать глубокое разочарование.

Т. Гершик и А. Миллер выделяют у инвалидов две возможные стратегии личностного реагирования на телесный дефект: *переосмысление*, *уверенность* и *отказ* /59/.

Переосмысление предполагает осознание ребенком невозможности соответствовать идеальному образу тела и создание индивидуальной интерпретации своих телесных характеристик. Ребенок-инвалид выбирает из культурного идеала тела только те характеристики, которые соответствуют его актуальным возможностям, и тем самым создает личный идеальный конструкт, рассматривая его как один из возможных вариантов доминирующего идеального типа.

Уверенность заключается в слепом следовании культурному образцу телесности без учета реальных возможностей ребенка-инвалида. Такие дети находятся в постоянном конфликте с самими собой. Ориентируясь на недостижимые телесные стандарты, они надеются добиться признания себя другими людьми не в качестве инвалида, а в качестве «такого же, как и все». При этом они всегда наталкиваются на еще большее подчеркивание своей «инакости» и неспособности соответствовать общепринятому идеалу. Как результат, у них развивается двойная идентичность: «фасадная» (для других) и «внутренняя», которые находятся в антагонистическом конфликте друг с другом. У таких детей вырабатывается очень жесткая установка на обязательное соответствие идеалу по принципу «всегда и везде», без учета реальных возможностей и ситуации. Психосоциальная адаптация детей с такими реакциями осложняется тем, что в нашем обществе из-за социальных запретов, стереотипов и практики сегрегации (разделения институтов социализации, проведения досуга и т. п. для детей-инвалидов и не-инвалидов) ребенку-инвалиду практически невозможно на практике реализовать телесные стандарты, на которые ориентируются здоровые люди.

Отказ от следования доминирующему культурному образцу телесности выражается в стремлении сконструировать свой собственный идеал тела, ограничив круг общения только теми людьми, которые этот идеал разделяют вместе с ребенком-инвалидом. Они начинают считать доминирующий в культуре идеал как «неправильный», непригодный для практических жизненных целей; они обесценивают те телесные характеристики, которые считают ценными и важными здоровые дети, или даже вообще отрицают ценность тела в межличностных отношениях и в конструировании собственной идентичности: «важен человек, а не какое у него тело». По сути реакции отказа отражают сопротивление негативному образу инвалидности, который имеется у здорового окружения ребенка. Это реакции протеста против навязчивого милосердия, жалости и благотворительности, которые не столько помогают ребенку-инвалиду (как это представляют себе здоровые люди — педагоги, родители, психологи), сколько подчеркивают невозможность его принятия в широкий социальный контекст общения по причине наличия дефекта и формируют состояние «выученной беспомощности», особенно в плане развития инициативности и в принятии решений о своей судьбе.

Контрольные вопросы

1. Что лежит в основе развития психосоматических расстройств?

2. Какие теоретико-методологические подходы к разрешению проблемы психосоматических расстройств вы знаете?

3. Какие психодинамические концепции психосоматических расстройств вы знаете?

4. В чем заключается суть гипотезы психосоматической специфичности?
5. Каковы характеристики психосоматогенных детско-родительских отношений?
6. Как трактуется проблема психосоматических отношений в кортиковисцеральной концепции?
7. Чем соматоформные расстройства отличаются от психосоматических?
8. Какие уровни выделяют во внутренней картине болезни?
9. Как маргинализация и стигматизация влияют на личность детей-инвалидов?

Литература для дополнительного чтения

1. *Александер Ф.* Психосоматическая медицина. — М.: Эко-Пресс, 2002.
2. *Эйдемиллер Э. Г., Юстицкий В. В.* Семейная психотерапия. — Л.: Медицина, 1989.
3. *Клиническая* психология / Под ред. Б. Д. Карвасарского. — СПб.: Питер, 2002.
4. *Лурия А. Р.* Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. — М.: Медицина, 1977.
5. *Николаева В. В.* Влияние хронической болезни на психику. — М.: МГУ, 1987.

Цитируемая литература

1. *Клиническая* психиатрия / Гл. ред. Т. Б. Дмитриева. — М.: ГЭОТАР-МЕДИЦИНА, 1999.
2. *Клиническая* психология / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2002.
3. *Клиническая* психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. СПб.: Питер, 2002.
4. *Конечный Р., Боухал М.* Психология в медицине. — Прага, 1982.
5. *Лурия А. Р.* Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. — М.: Медицина, 1977.
6. *Николаева В. В.* Влияние хронической болезни на психику. М.: МГУ, 1987.
7. *Платон.* Хармид // Платон. Диалоги. М.: Мысль, 1986.
8. *Психология*: комплексный подход / М. Айзенк, П. Брайнт, Х. Куликэн и др.; Под ред. М. Айзенка. Мн.: Новое знание, 2002.
9. *Соколова Е. Т., Николаева В. В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус, 1995.
10. *Тащева А. И.* Концепция организации психологической реабилитации семей с детьми-инвалидами // Психологическое консультирование: Проблемы, методы, техники / Под ред. Т. Ю. Синченко, В. Г. Ромека. — Ростов-на-Дону: ЮРГИ, 2000.
11. *Фрейд З.* Я и Оно // Фрейд З. Психология бессознательного. — М.: Просвещение, 1989.
12. *Ammon G.* Psychodynamics of the unconscious in the case of psychosomatic illness: methodological pre-considerations // Бессознательное: Природа, функции, методы исследования / Под ред. А. С. Прагнишвили, А. Е. Шерозия, Ф. В. Бассина. В 4 т. Том 2. Тбилиси: Мецниереба, 1978.
13. *Bowlby J.* Attachment and loss. Vol 3. Loss: Sadness and Depression. — Harmondsworth: Penguin Books, 1980.
14. *Caplan G.* Principles of preventive psychiatry. — NY: Basic Books, 1964.
15. *Gerschick T. J., Miller A. S.* Gender identities at the crossroads of masculinity and physical ability // Toward A New Psychology of Gender / Ed. by M. M. Gergen & S. N. Davis. — NY, London: Routledge, 1997.
16. *Halliday J.* Psychosocial Medicine: A study of the sick society. L.: Heinmann Medical Books, 1949.
17. *Ktemeyer W.* Kxrpergeschehen und Pschose. Stutgart: Enke, 1953.
18. *Pollok G.* The psychosomatic specificity concept // Бессознательное: Природа, функции, методы исследования / Под ред. А. С. Прагнишвили, А. Е. Шерозия, Ф. В. Бассина. В 4 т. Том 2. Тбилиси: Мецниереба, 1978.
19. *Wittkover E. D., Warnes H.* Historical survey of psychosomatic medicine // Бессознательное: Природа, функции, методы исследования / Под ред. А. С. Прагнишвили, А. Е. Шерозия, Ф. В. Бассина. В 4 т. Том 2. Тбилиси: Мецниереба, 1978.

Использованная литература

1. *Алейникова Т. В.* Возрастная психофизиология. — Ростов-на-Дону: Изд-во ООО «ЦВВР», 2000.
2. *Александровский Ю. Ф.* Пограничные психические расстройства. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1997.
3. *Анохин П. К.* Философские аспекты теории функциональной системы. — М.: Наука, 1978.

4. *Бернштейн А. Н.* Экспериментально-психологическая методика распознавания душевных болезней. — М., 1908.

5. *Бехтерев В. М.* Объективная психология. Вып. 1. — СПб., 1907.

6. *Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедтер Л.* Мозг, разум, поведение. — М.: Прогресс, 1988.

7. *Вундт В.* Основания физиологической психологии. — М., 1880.

8. *Выготский Л. С.* История развития высших психических функций // Выготский Л. С. Собр. Соч.: В 6 т. Т. 3. — М.: Педагогика, 1983.

9. *Гиляровский А. А.* Избранные труды. — М.: Медицина, 1973.

10. *Декарт Р.* Страсти души // Декарт Р. Соч.: В 2-х т. Т. 1. — М.: Мысль, 1989.

11. *Захаров А. И.* Неврозы у детей и психотерапия. — СПб.: Союз, Лениздат, 2000.

12. *Зейгарник Б. В.* Нарушения памяти // Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская. — 2-е изд. — М.: Когито-Центр, 2000.

13. *Зейгарник Б. В.* Нарушения мышления // Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н. Л. Белопольская.

— 2-е изд. — М.: Когито-Центр, 2000.

14. *Зейгарник Б. В.* Патопсихология. — М.: Издательство МГУ, 1986.

15. *Ильин Е. П.* Дифференциальная психофизиология мужчины и женщины. — СПб: Питер, 2002.

16. *История* современной психологии / Т. Лихи. — 3-е изд. — СПб.: Питер, 2003.

17. *Карвасарский Б. Д.* Медицинская психология. — Л.: Медицина, 1982.

18. *Кербиков О. В.* Избранные труды. — М.: Медицина, 1972.

19. *Клиническая* психиатрия: Пер. с англ., перераб. и доп. / Гл. ред. Т. Б. Дмитриева. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999.

20. *Клиническая* психология / Под ред. Б. Д. Карвасарского. СПб.: Питер, 2002.

21. *Клиническая* психология / Под ред. М. Перре, У. Бауманна. — СПб.: Питер, 2002.

22. *Клузман Е. Ю.* Ипохондрический синдром. Автореф. Дис... д. мед. н. — Киев, 1984.

23. *Конечный Р., Боухал М.* Психология в медицине. — Прага, 1982.

24. *Кречмер Э.* Медицинская психология. — М., 1927.

25. *Лакосина Н. Д., Трунова М. М.* Неврозы, невротические развития личности и психопатии: Клиника и лечение. — М.: Медицина, 1994.

26. *Леонтьев А. Н.* Очерк развития психики // Леонтьев А. Н. Избранные психологические произведения: В 2-х т. Т.1. — М.: Педагогика, 1983.

27. *Личко А. Е.* Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л. 1977.

28. *Лурия А. Р.* Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания. — М.: Медицина, 1977.

29. *Менделевич В. Д.* Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. — М.: МЕДпресс, 1999.

30. *Мэш Э., Вольф Д.* Детская патопсихология. Нарушения психики ребенка. — СПб.: ПраймЕВРОЗНАК, 2003.

31. *Николаева В. В.* Влияние хронической болезни на психику. М.: МГУ, 1987.

32. *Платон.* Хармид // Платон Диалоги. М.: Мысль, 1986.

33. *Психические* расстройства и расстройства поведения (F00-F99). Класс V МКБ-10, адаптированный для использования в Российской Федерации / Под общ. ред. Б. А. Казаковцева, В. Б. Голланда. — М.: Минздрав России, 1988; Ростов-на-Дону: ЛРНЦ «Феникс», 1999.

34. *Психогенетика* / И. В. Равич-Щербо, Т. М. Марютина, Е. Л. Григоренко. Под ред. И. В. Равич-Щербо. — М.: Аспект-Пресс, 2002.

35. *Психология*: комплексный подход / М. Айзенк, П. Брайнт, Х. Куликэн и др.; Под ред. М. Айзенка. — Мн.: Новое знание, 2002.

36. *Ромек Е. А.* Психотерапия: Теоретические основания и социальное становление. — Ростов-на-Дону: Изд-во РГУ, 2002.

37. *Рубинштейн С. Л.* Основы общей психологии: В 2-х т. Т. 1. — М.: Педагогика, 1989.

38. *Рубинштейн С. Л.* Основы общей психологии: В 2-х т. Т. 2. — М.: Педагогика, 1989.

39. *Селецкий А. И.* Психопатология детского возраста. — М.: Просвещение, 1986.

40. *Селье Г.* Стресс без дистресса. — М.: Прогресс, 1979.

41. *Симонов П. В.* Мотивированный мозг. — М.: Наука, 1987.

42. *Сироткина И. Е.* Психология в клинике: Работы отечественных психиатров конца прошлого века // Вопросы психологии. 1995. № 6.

43. *Смулевич А. Б.* Психогении и невротические расстройства, выступающие в рамках динамики психопатий // Психиатрия и психофармакология. Медиа-медика. Том 2. № 4. 2000.

44. *Соколова Е. Т., Николаева В. В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус, 1995.

45. *Судаков К. В.* Теория функциональных систем. — М.: Изд-во РАН, 1996.

46. *Тащева А. И.* Концепция организации психологической реабилитации семей с детьми-инвалидами // Психологическое консультирование: Проблемы, методы, техники / Под ред. Т. Ю. Синченко, В. Г. Ромека. — Ростов-на-Дону: ЮРГИ, 2000.

47. *Ушаков Г. К.* Пограничные нервно-психические расстройства. — М.: Медицина, 1987.

48. *Фрейд З.* Я и Оно // Фрейд З. Психология бессознательного. — М.: Просвещение, 1989.

49. *Шостакович Б. В.* Расстройства личности — психопатии в современных психиатрических классификациях // Психиатрия и психофармакотерапия. Медиа-медика. Том 2. № 6. 2000.

50. *Штерринг Г.* Психопатология в применении к психологии. — СПб., 1903.

51. *Ясперс К.* Собрание сочинений по психопатологии. В 2-х т. М.: Издательский центр «Академия»; СПб.: Белый кролик, 1996.

52. *Аттоп G.* Psychodynamics of the unconscious in the case of psychosomatic illness: methodological preconsiderations // Бессознательное: Природа, функции, методы исследования / Под ред. А. С. Прангишвили, А. Е. Шерозия, Ф. В. Басина. В 4-х т. Том 2. Тбилиси: Мецниереба, 1978.

53. *Beck A. T.* Depression. Causes and treatment. Philadelphia: Pennsylvania Press, 1970.

54. *Beck A. T., Clark D. A.* Anxiety and depression: An information processing perspectives // R. Schwarzer, R. A. Wicklund (Eds.), Anxiety and self-focused attention. N.Y.: Harwood, 1991.

55. *Bowlby J.* Attachment and loss. Vol. 3. Loss: Sadness and Depression. — Harmondsworth: Penguin Books, 1980.

56. *Caplan G.* Principles of preventive psychiatry. — NY: Basic Books, 1964.

57. *Dohrenwend B. P. & Dohrenwend B. S.* Sex Differences and Psychiatric Disorders // American Journal of Sociology, 81 (1976) / P. 1453.

58. *Engel G. L.* The need for a new medical model: A challenge for biomedicine // Science. 1977 / Vol. 196. № 4286.

59. *Gerschick T. J., Miller A. S.* Gender identities at the crossroads of masculinity and physical ability // Toward A New Psychology of Gender / Ed. By M. M. Gerden & S. N. Davis. NY, London: Routledge, 1997.

60. *Halliday J.* Psychosocial Medicine: A study of the sick society. L.: Heinmann Medical Books, 1949.

61. *Hellpach W.* Klinische Psychologie. Stuttgart: Thieme, 1946.

62. *Janet P.* La medicine psychologie. — Paris, 1923.

63. *Ktemeyer W.* Kxrpergeschehen und Pschose. Stutgart: Enke, 1953.

64. *Lefebre L. B.* The psychology of Karl Jaspers // P. A. Schilpp (Ed.). The philosophy of Karl Jaspers. The Library of Living Philosophers. — La Salle, IL: Open Court Publishing Co, 1957.

65. *Marecek J.* Disappearances, Silences, and Anxious Rhetoric: Gender in Abnormal Psychology Textbooks // Toward A New Psychology of Gender / Ed. By M. M. Gerden & S. N. Davis. NY, London: Routledge, 1997.

66. *McConaghy N.* Sexual behavior: problems and management. NY, London: Plenum Press, 1993.

67. *Pollok G.* The psychosomatic specificity concept // Бессознательное: Природа, функции, методы исследования / Под ред. А. С. Прангишвили, А. Е. Шерозия, Ф. В. Басина. В 4-х т. Том 2. — Тбилиси: Мецниереба, 1978.

68. *Stoller R. J.* Sex and gender. New York: Science House, 1968.

69. *Wittkover E. D., Warnes H.* Historical survey of psychosomatic medicine // Бессознательное: Природа, функции, методы исследования / Под ред. А. С. Прангишвили, А. Е. Шерозия, Ф. В. Басина. В 4-х т. Том 2. — Тбилиси: Мецниереба, 1978.

Часть II. Основы нейропсихологии.

Раздел 1. Мозговые механизмы высших психических функций.

1.1. Проблема локализации высших психических функций.

Проблема соотношения психики и мозга принадлежит к числу важнейших проблем естествознания. Долгое время мозг считался своеобразным «черным ящиком», а в сознании большинства людей принципиальное различие между душой и телом было незыблемо. Но постепенно мозг стали рассматривать как материальный субстрат психики, имеющий сложную организацию. Первые попытки представить психические процессы как функции определенных участков мозга предпринимались еще в средние века, когда философы и натуралисты считали возможным поместить такие функции, как воображение, мышление и память, в три мозговых желудочка /22/. Но истинное исследование проблемы взаимосвязи мозга и психических функций началось в XIX в., и в настоящее время можно выделить четыре основных подхода, сложившихся в науке, которые по-разному отвечали на главный вопрос: как же связаны психические функции с мозгом. Это узкий локализационизм (или психоморфологическая концепция), антилокализационизм (или концепция эквипотенциальности), эклектическая концепция и теория системной динамической локализации высших психических функций (ВПФ).

Появление узкого локализационизма связывают с именем известного австрийского анатома Фрэнсиса Галля (1758— 1828). Заметив, что отдельные заболевания связаны с повреждением тех или иных участков мозга, он предположил, что «сложные способности человека интимно связаны с отдельными, строго ограниченными участками мозга, которые, разрастаясь, образуют соответствующие выпуклости на черепе, позволяющие определять индивидуальные различия в способностях человека» /цит. по 22/. Ф. Галль считал, что существуют определенные соотношения между особенностями психического склада людей и формой их черепа. Эту зависимость он объяснял различиями в интенсивности роста разных областей коры /25/.

Сотрудник Галля Шпурцхейм распространял данные идеи под названием «френология» и добился их широкого признания. В первой четверти XIX в. френология была популярна не меньше, чем сто лет спустя — психоанализ. Увлекался этими идеями и А. С. Пушкин, анализируя по Галлю «милые черты» знакомых дам. И в 1825 г. предлагал в письме к Анне Керн бросить мужа и приехать к нему, поскольку у нее сильно развит «орган полета». Этот орган полета, любви к путешествиям значился в сочинении Галля под номером 13 и характеризовался двумя выпуклостями, расположенными от корня носа к середине лба. Людям, у которых выражены эти бугры, якобы свойственно стремление путешествовать или «летать».

По сути это была первая попытка привязать конкретную функцию к строго ограниченному участку мозга, но, к сожалению, теория не опиралась на серьезные исследования и подверглась обоснованной критике. Кроме того, Галль не располагал соответствующими методами оценки умственных способностей, и многие его заключения основывались на измерении черепа отдельных людей, которых он рассматривал как носителей каких-либо определенных черт, вроде «дружелюбия» или «скрытности» /25/. Разработанные Ф. Галлем френологические карты (1818) очень скоро были забыты. И в течение длительного периода идея связи отдельной функции с конкретным участком мозга считалась ошибочной.

Но коренной перелом в исследовании мозга наступил в 1861 г., когда французский анатом Поль Брока описал больного с грубым нарушением моторной речи (больной не мог произнести ни одного слова при полной сохранности движений губ, языка и гортани). Сделав после смерти больного вскрытие, Брока предположил, что этот дефект был вызван опухолью в задней трети нижней лобной извилины левого полушария. Таким образом впервые клинически была доказана связь психической функции с определенным участком мозга. Последовавшие затем годы вошли в историю науки под названием «блистательные 70-е» по тому количеству открытий, которые были сделаны в этот период. В 1873 г. немецкий психиатр Карл Вернике описал случай, когда поражение другого участка мозга (задней трети верхней височной извилины левого полушария) вызывало четкую картину нарушения понимания слышимой речи. В эти же годы были найдены «центр понятий», «центр письма», «центры ориентировки в пространстве». Узкий локализационизм стал наиболее популярным направлением в науке о мозге. Одна из наиболее серьезных попыток узкой локализации психических функций была предпринята немецким

психиатром К. Клейстом в 1934 г. На материале черепно-мозговых ранений времен первой мировой войны он составил карту локализации психических функций.

Е. Д. Хомская выделяет основные положения узкого локализационизма:

— функция рассматривалась как неразложимая на компоненты психическая способность, которая соотносится с определенным участком мозга;

— мозг, в свою очередь, представляет собой совокупность различных «центров», каждый из которых целиком заведует определенной функцией;

— под локализацией понималось непосредственное наложение психического на морфологическое /41, 43/.

Но, к сожалению, представители данного подхода не могли объяснить хорошо известные клинические факты: почему при поражении отдельных участков мозга могли нарушаться одновременно несколько психических функций и почему одна и та же функция страдала при поражении разных участков.

В противовес локализационизму появился антилокализационизм (эквипотенциальная концепция). Наиболее яркими представителями данного направления были физиологи М. Флуранц, К. Гольдштейн, Гольц, К. Лешли и психологи Вюрцбургской школы. Мишель Флуранц утверждал, что мозг неразделим на отдельные части, кора однородна и равноценна, как любая железа, например, печень. И мозг продуцирует психику так же, как печень — желчь. Результаты, полученные Флуранцом, противоречили опытам френологов. Он обнаружил, что частичное разрушение коры не влияет на поведение и что надо удалить весь конечный мозг, чтобы нарушить такие высшие психические процессы, как восприятие и регуляция произвольных движений. Исследования М. Флуранца продолжил К. Лешли, английский невролог, доказавший своими знаменитыми экспериментами на крысах, что степень нарушения психических функций зависит не от локализации очага поражения, а от массы пораженного мозга. Или, другими словами, нарушение функции не зависит от места повреждения («закон эквипотенциальности»), но пропорционально величине повреждения («закон действия массы») /25/. Опираясь на работы Е. Д. Хомской, можно обозначить основные методологические положения антилокализационистов:

— психическая функция есть неразложимая на компоненты психическая способность;

— локализация функции представляет собой непосредственное соотнесение психического и морфологического;

— мозг — это однородное целое, равноценное и равнозначное для всех психических функций во всех своих отделах;

— психическая функция равномерно связана со всем мозгом /41, 43/.

Открытия тех или иных «мозговых центров» в 70-80-е годы XIX в. поставили под сомнение правомерность представлений о мозге как примитивной, недифференцированной нервной массе. Оппонентом как узких локализационистов, так и их противников стал английский невролог Дж. Хьюлингс Джексон, высказавший предположение, что к мозговой организации сложных форм психических процессов следует подходить с позиции уровня их построения, и предложивший иерархический подход к строению нервных центров /16/. Эти положения были развиты позже (в первой половине XX в.) фон Монаковым (1914), Хэдом (1926) и Гольдштейном (1927). Они попытались объединить оба подхода, что привело к появлению эклектической концепции, согласно которой локализовать в определенных участках можно лишь относительно элементарные сенсорные или моторные функции. Однако высшие психические функции связаны со всем мозгом равномерно /22/.

Кроме того, существовала и откровенно идеалистическая концепция, которой придерживались такие крупные физиологи, как Г. Гельмгольц, Ч. Шерингтон, Э. Эдриан, Дж. Эклз, отрицавшие саму возможность связать мозг и психику.

К сожалению, ни одно из рассмотренных направлений исследования не позволяло выявить подлинные механизмы психической деятельности человека. Для решения этой задачи необходимо было пересмотреть методологическую основу изучения взаимосвязи психических функций и мозга. Итогом стало появление теории системной динамической локализации психических функций А. Р. Лурия.

Данная концепция основана на понимании психических явлений как системных качеств физиологических функций. Основополагающим является принцип динамической организации психических функций, сформулированный И. П. Павловым и развитый А. Р. Лурия и Л. С. Выготским. И. П. Павлов выделил в коре больших полушарий «ядерные зоны анализаторов» и «рассеянную периферию» и совместно с А. А. Ухтомским сформулировал принцип динамической локализации функций как сложного взаимодействия возбудительного и тормозного процессов на различных элементах системы анализатора, благодаря чему создается ответная деятельность

организма /30/. Причем А. А. Ухтомский придавал большое значение временным показателям работы разных элементов, входящих в динамическую систему. Эти идеи нашли подтверждение в работах Н. П. Бехтеревой и ее коллег. Проведенные ими исследования показали, что любая сложная психическая деятельность обеспечивается работой сложных констелляций мозговых зон, составляющих звенья единой системы. Некоторые из этих звеньев являются «жесткими», т. е. принимают постоянное участие в реализации психических функций, другие — «гибкими», которые включаются в работу лишь при определенных условиях. «Гибкие» звенья системы составляют подвижный динамический аппарат, благодаря которому достигается изменчивость функций /10/.

А. Р. Лурия и Л. С. Выготский пересмотрели такие понятия, как «функция», «локализация» и «симптом». Центральное для нейропсихологии понятие «высшие психические функции» было введено Л. С. Выготским /14, 15/, а затем подробно разработано А. Р. Лурия /19/. «Под высшими психическими функциями (ВПФ) понимаются сложные формы сознательной психической деятельности, осуществляемые на основе соответствующих мотивов, регулируемые соответствующими целями и программами и подчиняющиеся всем закономерностям психической деятельности» /41, с. 27/.

Благодаря этому подходу психическую функцию стали рассматривать не как простую способность, не как отправление той или иной ткани мозга, а как психологическую систему, обладающую сложным психологическим строением и включающую много психологических компонентов. Такое понимание функции как функциональной системы основывается, во-первых, на представлении о подвижности входящих в ее состав частей (наличие постоянной задачи, осуществляемой с помощью меняющихся средств) и во-вторых, на том, что сложный состав функциональной системы всегда включает целый набор афферентных (настраивающих) и эфферентных (осуществляющих) компонентов.

С этой точки зрения локализация ВПФ представляет собой системный процесс на основе многокомпонентного состава функциональной системы. ВПФ, как сложные функциональные системы, должны охватывать сложные системы совместно работающих зон мозга, каждая из которых вносит свой вклад в осуществление сложных психических процессов. Системное представление о локализации ВПФ отличается следующими особенностями:

— ВПФ имеют опосредованный характер (опираются на исторически сложившиеся вспомогательные внешние средства, которые оказываются существенными факторами установления функциональной связи между отдельными участками мозга, объединяющимися в единую функциональную систему);

— локализация ВПФ не является устойчивой, меняясь как в процессе развития ребенка, так и на последовательных этапах упражнения.

Опираясь на пересмотренные понятия «функция» и «локализация», А. Р. Лурия и Л. С. Выготский сформулировали концепцию системной динамической локализации ВПФ, согласно которой любая психическая деятельность человека является сложной функциональной системой, обеспечиваемой целым комплексом совместно работающих аппаратов мозга. Эти функциональные системы формируются в онтогенезе и могут динамически перестраиваться в зависимости от конкретной задачи. Они имеют двойной принцип строения — вертикальный и горизонтальный /22, 41/. Таким образом психическая функция любой степени сложности осуществляется при участии целого ряда корковых зон, подкорки, активизирующей системы мозга и, следовательно, не может быть локализована в каком-то одном участке коры. Один и тот же аппарат может перестраиваться для обеспечения разных видов деятельности. Е. Д. Хомская подчеркивает, что ВПФ обеспечиваются мозгом как целым, но это целое состоит из высокодифференцированных разделов /43/, систем, каждая из которых вносит свой вклад в реализацию функции.

Пересмотр понятия «симптом» позволил А. Р. Лурия разработать основной метод нейропсихологии — метод синдромного анализа. Под симптомом традиционно понимали признак нарушения функции. Узкие локализационисты полагали, что нарушение функции, наступающее в результате разрушения определенного участка мозга, является прямым доказательством того, что данная функция локализована в разрушенном участке мозга. Если же рассматривать функцию как сложную функциональную систему, в организации которой принимают участие разные отделы мозга, то поражение любого из них приводит к нарушению функции в целом. Следовательно, «симптом» еще ничего не говорит о ее локализации. Поэтому А. Р. Лурия счел возможным перейти от симптомного анализа к синдромному. Под синдромом (от греч. *syndrome* — скопление, стечение) понимают совокупность симптомов или симптомокопмлекс. Синдромный анализ предполагает с одной стороны, сопоставление всех симптомов, возникших в результате одного, строго ограниченного очага поражения мозга, а с другой — тщательный анализ нарушений данной функциональной системы при различных по локализации очагах поражения. При разработке синдромного анализа А. Р. Лурия опирался на принцип двойной диссоциации Тэйбера, согласно

которому любой ограниченный корковый очаг поражения нарушает протекание одних психических процессов, оставляя в сохранности другие. Тщательный нейропсихологический анализ синдрома и двойной диссоциации, возникающих при локальных поражениях мозга, позволяет приблизиться к структурному анализу самих психических процессов.

Подводя итог, можно выделить основные положения теории системной динамической локализации высших психических функций:

— каждая психическая функция представляет собой сложную функциональную систему и обеспечивается мозгом как единым целым. При этом различные мозговые структуры вносят свой специфический вклад в реализацию этой функции;

— различные элементы функциональной системы могут находиться в достаточно удаленных друг от друга участках мозга и при необходимости замещают друг друга;

— при повреждении определенного участка мозга возникает «первичный» дефект — нарушение определенного физиологического принципа работы, свойственного данной мозговой структуре;

— как результат поражения общего звена, входящего в разные функциональные системы, могут возникать «вторичные» дефекты.

В настоящее время теория системной динамической локализации высших психических функций является основной теорией, объясняющей взаимосвязь психики и мозга.

Контрольные вопросы

1. Что общего и в чем различие между узким локализационизмом и антилокализационизмом?

2. Что общего между эклектической концепцией и теорией системной динамической локализации ВПФ?

3. Объясните разницу между симптомным и синдромным анализом.

4. Почему современная концепция локализации функций называется системной и динамической?

5. В чем заключается принцип двойной диссоциации Тэйбера?

6. Что неизменно и что пластично в функциональных системах?

7. Остается ли постоянной локализация функции на различных стадиях: а) формирования навыка, б) онтогенеза?

8. Что значит дать квалификацию симптома?

9. Какое влияние на локализацию функции имеет культурно-исторический процесс?

10. Что вкладывается в современное представление о системной и динамической локализации функций?

1.2. Теоретические основы и практическое значение нейропсихологии.

Нейропсихология — отрасль психологической науки, возникшая на стыке психологии, медицины (неврологии, нейрохирургии) и физиологии, изучающая мозговые механизмы психических процессов на материале локальных поражений мозга, созданная в нашей стране работами А. Р. Лурия и его учеников, которые в течение 50 лет разрабатывали различные проблемы нейропсихологии.

Как самостоятельная научная дисциплина нейропсихология оформилась в 40—50 гг., чему способствовал целый ряд причин:

— во-первых, новые физиологические теории (теория функциональных систем П. К. Анохина /5/ и концепция многоуровневого построения движений Н. А. Бернштейна /9/). Идея системного подхода к ВПФ, предложенная П. К. Анохиным, и представление о постоянных и меняющихся компонентах движения (как психической функции), разработанное Н. А. Бернштейном, легли в основу теоретических представлений А. Р. Лурия, который использовал эти положения для построения теории системной динамической локализации высших психических функций человека;

— во-вторых, появление концепции культурно-исторического развития ВПФ Л. С. Выготского. Принципы, сформулированные Л. С. Выготским /14, 15/, послужили началом целенаправленных многолетних исследований, проводившихся А. Р. Лурия и его сотрудниками. Автор выдвинул идею о системном строении и системной мозговой организации высших форм психической деятельности, о последовательном формировании ВПФ человека и последовательном (прижизненном) изменении их мозговой организации как основной закономерности психического

развития. Исследования Л. С. Выготского легли в основу научного изучения системного строения различных психических процессов, разработки возможности компенсации нарушенных психических функций при локальном поражении мозга;

— и в-третьих, успехи неврологии, нейрохирургии и патопсихологии. В ходе Великой Отечественной войны появилось большое количество раненых с поражением головного мозга, что позволило провести клиническую проверку теоретических исследований /23, 41, 43/. Огромный вклад в становление нейропсихологии внесла Б. В. Зейгарник со своими сотрудниками, изучая патологию мыслительных процессов и аффективной сферы при органических поражениях мозга.

Сформировавшись на стыке нескольких научных дисциплин, нейропсихология как самостоятельная отрасль науки сосредоточилась на изучении роли отдельных систем головного мозга в осуществлении психической деятельности.

Можно выделить основные задачи нейропсихологии.

1. Изучение изменения психических процессов при локальных поражениях мозга, что позволяет увидеть, с каким мозговым субстратом связан тот или иной вид психической деятельности.

2. Нейропсихологический анализ дает возможность выявить те общие структуры, которые имеются в совершенно разных психических процессах.

3. Ранняя диагностика очаговых поражений мозга.

Рассматривая методические основания нейропсихологии, все многообразие методов, используемых ею как самостоятельной научной дисциплиной, их можно разделить на две группы. К первой следует отнести те методы, с помощью которых были получены основные теоретические знания, а ко второй — методы, которые используются нейропсихологами в практической деятельности.

Что касается первой группы, то здесь выделяют сравнительно-анатомический метод исследования, метод раздражения и метод разрушения /22, 43/. Сравнительно-анатомический метод исследования позволяет выяснять зависимость способов жизни, поведения животных от особенностей строения их нервной системы. С помощью данного метода были выяснены принципы работы мозга, а также строение коры больших полушарий, но изучить функции тех или иных структур было сложно. Метод раздражения предполагает анализ особенностей ВПФ в результате воздействия на мозг. Поскольку это воздействие можно оказывать по-разному, выделяют прямое раздражение, непрямое раздражение и раздражение отдельных нейронов. Первое предполагает непосредственное воздействие на отдельные участки коры с помощью электрического тока или механически. В 1871 г. Фрич и Гитцик таким образом выделили моторные зоны у собак, Ч. Шерингтон (1903) провел опыты на обезьянах, В. Пенфилд впервые использовал данный метод на человеке (1945). Однако непосредственное воздействие на мозг имеет ряд ограничений, особенно в отношении человека. Поэтому возникла потребность в более естественном методе изучения функций головного мозга — непрямом раздражении или непрямой стимуляции коры. Этот метод предполагает выявление изменения электрической активности тех или иных участков мозга в результате воздействия тех или иных естественных факторов. Наиболее распространен метод вызванных потенциалов, когда в ответ на определенное внешнее воздействие регистрируют изменения ритмов в спектре электроэнцефалограммы. Дальнейшее развитие экспериментальной нейрофизиологии позволило перейти к более тонкому анализу — изучению активности отдельных нейронов, что стало возможным в результате применения микроэлектродов, которые могут быть вживлены в отдельный нейрон. Однако основную роль в становлении нейропсихологии как науки о мозговых механизмах психических процессов сыграл метод разрушения (или выключения). Этот метод предполагает разрушение определенной области мозга животного и наблюдение за особенностями его поведения. Что касается человека, то метод заключается в наблюдении над больным после нейрохирургических операций или ранений в область мозга. Можно выделить необратимые разрушения (хирургическое удаление тех или иных участков мозга, метод перерезки комиссур мозга, предложенный Р. Сперри) и обратимые нарушения работы отдельных участков мозга. Обратимые нарушения связаны с временным отключением отдельного участка мозга с последующим восстановлением функций: охлаждение ниже 25 градусов приводит к прекращению активности нейронов /25/, метод Вада, предполагающий введение в сонную артерию специального препарата и отключение соответствующего полушария мозга /36/.

Все вышеперечисленные методы позволили получить основные данные, которые и легли в основу нейропсихологии, поэтому их можно отнести скорее к научным методам исследования. В практической деятельности нейропсихологов используется предложенный А. Р. Лурия метод синдромного анализа, или, иначе, «батарея Луриевских методов». А. Р. Лурия отобрал ряд тестов, объединенных в батарею, которая позволяет оценить состояние всех основных ВПФ (по их параметрам). Эти методики адресованы ко всем мозговым структурам, обеспечивающим эти

параметры, что и позволяет определить зону поражения мозга. Изменение сложности задач и темпа их предъявления дает возможность с большой точностью выявить тонкие формы нарушения (поставить топический диагноз). Предложенный метод основан на системном подходе к анализу нарушений функции и качественном анализе дефекта и представляет собой набор специальных проб, адресующихся к различным познавательным процессам, произвольным движениям и действиям.

Данные методы, являясь основным инструментом клинической нейропсихологической диагностики, направлены на изучение различных познавательных процессов и личностных характеристик больного — речи /31/, мышления /47, 50/, письма и счета /50/, памяти /46/. Специальную область применения нейропсихологических методов составляет проблема школьной дезадаптации. С помощью метода синдромного анализа можно определить наличие или отсутствие мозговых дисфункций у детей с трудностями обучения, раскрыть механизмы, лежащие в основе этих затруднений, и понять первичный дефект, определивший их возникновение /17, 38, 46/.

Несмотря на сравнительную молодость нейропсихологии, в настоящее время появилось несколько направлений, различающихся своими задачами. Все эти направления объединены общими теоретическими представлениями и общей конечной задачей, состоящей в изучении мозговых механизмов психических процессов. Е. Д. Хомская выделяет следующие /41, 43/.

Клиническая нейропсихология, которая занимается исследованием больных с локальными поражениями мозга. Основной задачей является изучение нейропсихологических синдромов при локальных поражениях мозга. Исследования в этой области имеют большое практическое значение для диагностики, подготовки психологического заключения о возможности лечения, восстановления и прогноза дальнейшей судьбы больных. Основным методом является метод клинического нейропсихологического исследования. В настоящее время в клинической нейропсихологии изучаются синдромы, связанные с поражением правого полушария мозга, с дефектами межполушарного взаимодействия, с нарушением глубинных структур мозга. Дальнейшее развитие этого направления связано с развитием современных методов диагностики локальных поражений мозга.

Экспериментальная нейропсихология (нейропсихология познавательных процессов). Основной задачей является экспериментальное изучение различных форм нарушений психических процессов при локальных поражениях мозга. Благодаря работам А. Р. Лурия и его учеников наиболее изучены память и речь /21, 31, 45/. Им была создана классификация афазий, основанная на представлении о речевой деятельности как сложной функциональной системе, значительно дополнены представления об организации памяти. В настоящее время проводятся исследования особенностей нарушения познавательных процессов и эмоционально-личностной сферы при разных по локализации поражениях мозга.

Реабилитационная нейропсихология. Основной задачей этого направления является восстановление ВПФ при локальных поражениях мозга. Наиболее разработаны принципы и методы восстановления речи /7, 22, 31, 45, 48/. Разработки в этой области начались в годы Великой Отечественной войны (А. Р. Лурия, А. В. Запорожец, Б. Г. Ананьев, А. Н. Леонтьев). Были предложены научно обоснованные методы восстановления ВПФ, опирающиеся на центральное положение о том, что сложная психическая функция может быть восстановлена за счет перестройки нарушенной функциональной системы. В результате поврежденная функция начинает работать с помощью нового набора психических средств, что предполагает и ее новую мозговую организацию. В настоящее время в сферу деятельности нейропсихологов входят больные, перенесшие инсульт, различного рода травмы мозга и т. д. Разрабатываются новые методы восстановления речи, аудиовизуальные методы, групповые, воздействие на эмоционально-личностную сферу больных.

Экологическая нейропсихология оценивает влияние различных неблагоприятных экологических факторов на состояние психических функций и на эмоционально-личностную сферу с позиций нейропсихологии. Данное направление начало развиваться вскоре после Чернобыльской катастрофы /40/, и в условиях постоянно ухудшающейся окружающей среды эти исследования становятся все более актуальными.

Нейропсихология развития. Задача — выявление закономерностей развития мозга. Н. Н. Корсакова с соавторами указывает, что это особенно важно для диагностики локальных поражений мозга и для диагностики минимальной мозговой дисфункции у детей, поскольку на разных этапах онтогенеза поражение одного участка мозга проявляется по-разному. Недостаточная эффективность отдельных функциональных систем (в том числе речи) может быть вызвана как индивидуальными особенностями онтогенеза ребенка, приводящими к незавершенности формирования функциональных систем, так и спецификой морфогенеза мозга ребенка, проявляющегося в неравномерном созревании мозговых зон /17/. В последние годы в

самостоятельную область выделилась нейропсихология детского возраста /2, 17, 46/. Это новое направление нейропсихологии, изучающее специфику нарушения психических функций при локальных поражениях мозга у детей. Исследования в этой области позволяют выделить закономерности локализации высших психических функций, а также проанализировать влияние локализации очага поражения на психическую функцию в зависимости от возраста. Большое внимание уделяется нейропсихологическому анализу трудностей обучения у детей младшего школьного возраста в связи с минимальными мозговыми дисфункциями /17/, которые приводят к специфическому формированию функциональных систем психики, нехарактерных для данного возрастного периода, и базируются на стихийном включении компенсаторных механизмов. Нейропсихологическая диагностика позволяет понять закономерности связи мозга и психических функций в онтогенезе и выявить мозговые детерминанты отклонения в темпе и уровне развития той или иной функции /38/.

Психофизиологическое направление в нейропсихологии — это направление, в задачу которого входит изучение физиологических механизмов нарушений высших психических функций. Оно развивается в тесной связи с психофизиологией, широко используя ее методы исследования (электроэнцефалография, окулография, миография и т. д.).

Нейропсихология сформировалась благодаря запросам практики, в первую очередь — необходимости диагностики локальных поражений мозга и восстановления нарушенных психических функций. По-прежнему актуальными остаются такие направления практического использования нейропсихологии, как диагностическое, реабилитационное и нейропсихологический подход.

Целью диагностического направления является практическое применение различных нейропсихологических методов исследования для определение зоны поражения мозга и оценки динамики состояния высших психических функций в до- и послеоперационном периоде. Эти методы были разработаны А. Р. Лурия на материале травматических и опухолевых поражений мозга, но их используют и для изучения других форм поражения мозга, в частности в клинике инсультов. За последнее время развитие технических средств диагностики локальных поражений головного мозга изменило место нейропсихологического диагностирования в системе различных диагностических мероприятий. Они все больше используются для оценки динамики состояния ВПФ в до- и послеоперационных периодах, поскольку нейропсихологические синдромы, отражающие функциональное состояние мозга, появляются раньше и исчезают позже, чем какие-либо другие симптомы. Кроме того, эти методы используют для контроля над лекарственной терапией больных, перенесших нейрохирургические операции.

Реабилитационное направление практического применения методов нейропсихологии связано с восстановлением нарушенных ВПФ, речи, интеллектуальной и мнестической деятельности.

В настоящее время все шире развивается нейропсихологический подход при изучении здорового человека, например, исследование межполушарной асимметрии.

Контрольные вопросы

1. Выделите предмет исследования нейропсихологии.

2. Перечислите основные причины выделения нейропсихологии в самостоятельную научную дисциплину.

3. Что может дать сравнительно-анатомический метод решения вопроса о мозге как органе психики?

4. Одинаковы или различны аппараты, регулирующие на разных ступенях филогенеза отношения организма животного со средой?

5. Изменяется ли функциональное и анатомическое соотношение отдельных образований мозговой коры на разных стадиях антропогенеза?

6. Какие данные о функциональной организации мозга можно получить с помощью метода раздражения?

7. В чем особенности метода разрушения?

8. Какое значение имеет детская нейропсихология в практике работы школьного психолога?

9. Выделите задачи клинической нейропсихологии.

10. В чем суть метода синдромного анализа?

1.3. Структурно-функциональные принципы работы мозга.

Еще в начале XIX в. Ф. Галль обнаружил, что головной мозг неоднороден и состоит из серого (клетки коры и подкорки) и белого (проводящие волокна) вещества, но не уделил должного внимания этому факту. Лишь в 1863 г. киевский физиолог Бец выделил гигантские пирамидные клетки, связанные с мышцами, и мелкозернистые клетки, связанные с органами чувств. Было показано, что клетки мозга имеют разное строение и выполняют разные функции.

Кора головного мозга представляет собой поверхностный слой, покрывающий полушария головного мозга и образованный преимущественно вертикально ориентированными нервными клетками, их отростками, пучками афферентных и эфферентных нервных волокон и клеток нейроглии. Постепенно было выяснено основное строение новой коры больших полушарий, состоящей из шести слоев клеток (по некоторым данным семи) /22, 25, 38, 41/, различающихся по ширине, плотности расположения, форме, размерам составляющих их нервных клеток.

Шестой слой (афферентный) состоит из мелкозернистых клеток, связан с органами чувств. Пятый слой (эфферентный) включает в себя гигантские пирамидные клетки, генерирующие импульсы к мышцам. В четвертый слой коры приходят волокна, несущие импульсы, возникающие в периферических рецепторах. Эти три слоя образуют первичные или проекционные зоны коры. Поверхность полушарий изрезана глубокими щелями и бороздами, которые разделяют ее на доли: лобную, теменную, затылочную, височную. Соответственно выделяют теменную (общечувствительную), затылочную (зрительную), височную (слуховую) первичные зоны коры. Их основная функция — прием и анализ возбуждения, поступающего от периферических рецепторов. Нормальный доношенный ребенок рождается с уже сформированными первичными зонами коры больших полушарий.

Над каждой первичной зоной коры надстраивается система вторичных зон, в которых преобладают более сложные по своему строению второй и третий слои коры. Они состоят из клеток с короткими аксонами, поэтому возбуждение не выходит за их пределы, а циркулирует внутри слоя, обеспечивая таким образом ассоциативные функции, т. е. способность к установлению ассоциаций (синтезу возбуждения). Третий слой состоит из мелкозернистых клеток с короткими аксонами, а второй — из пирамидных клеток с короткими аксонами. Вторичные или проекционно-ассоциативные зоны коры обеспечивают функцию синтеза возбуждения. Выделяют вторичные теменные (общечувствительные), затылочные (зрительные) и височные (слуховые) зоны коры. Вторичные зоны созревают к 2-3 годам /22, 41/.

На границах между корковыми представительствами отдельных чувствительных зон коры больших полушарий расположены клетки первого слоя (клетки с короткими аксонами). Этот слой образует третичные или ассоциативные зоны коры, основной функцией которых является вторичный синтез возбуждения. В коре головного мозга можно выделить две группы третичных зон: задняя или височно-теменно-затылочная (расположена на стыке затылочной, височной и теменной зон) и передняя (находится кпереди от двигательной зоны коры и надстраивается над двигательными отделами коры головного мозга). Третичные зоны коры обеспечивают совместную работу корковых звеньев отдельных анализаторов — наиболее сложные интегративные функции коры головного мозга. Задние третичные зоны созревают, как правило, к 6-7 годам, а передние — к 14-15 годам.

Все эти системы мозга работают в тесном взаимодействии друг с другом. А. Р. Лурия подчеркивает, что отдельные слои коры неравномерно распределены в топографически различных участках коры головного мозга /22/. Число исходных типов нервных клеток невелико, однако характер объединения нейронов, их связи друг с другом, их расположение позволяет формировать бесчисленное количество вариантов связей /38/.

Любая концепция раскрывается через ряд принципов (от лат. *principium* — основание), в том числе и концепция взаимосвязи мозга и психики. В работах А. Р. Лурия, Е. Д. Хомской, О. С. Адрианова, Л. С. Цветковой, Н. П. Бехтеревой и других суммируются основные принципы строения и работы мозга. Благодаря этим исследователям в мозговой организации можно выявить как общие принципы строения и функционирования, характерные для всех макросистем, так и динамически изменяющиеся индивидуальные особенности этих систем.

А. Р. Лурия выделяет следующие принципы эволюции и строения мозга как органа психики /22/:

— принцип эволюционного развития, заключающийся в том, что на различных этапах эволюции отношения организма со средой и его поведение регулировались различными аппаратами нервной системы и, следовательно, мозг человека представляет собой продукт длительного эволюционного развития;

— принцип сохранности древних структур, предполагающий, что прежние аппараты мозга сохраняются, уступая ведущее место новым образованиям и приобретая новую роль. Они все больше становятся аппаратами, обеспечивающими фон поведения;

— принцип вертикального строения функциональных систем мозга, означающий, что каждая форма поведения обеспечивается совместной работой разных уровней нервного аппарата, связанных между собой как восходящими, так и нисходящими связями, превращающими мозг в саморегулирующуюся систему;

— принцип иерархического взаимодействия разных систем мозга, согласно которому возбуждение, возникающее в периферических органах чувств, сначала приходит в первичные (проекционные) зоны, затем распространяется на вторичные зоны коры, которые играют интегрирующую роль, объединяя соматотопические проекции возникших на периферии возбуждений в сложные функциональные системы. Данный принцип по сути обеспечивает интегративную деятельность мозга;

— принцип соматотопической организации первичных зон мозговой коры, по которому каждому участку тела соответствуют строго определенные пункты коры больших полушарий (точка в точку);

— принцип функциональной организации коры, отражающий взаимосвязь роли функции и ее проекции в коре больших полушарий мозга: чем большее значение имеет та или иная функциональная система, тем большую площадь занимает ее проекция в первичных отделах коры головного мозга. Иллюстрацией данного принципа являются известные схемы Пенфилда;

— принцип прогрессивной кортиколизации, суть которого в том, что чем выше на эволюционной лестнице стоит животное, тем в большей степени его поведение регулируется корой и тем больше возрастает дифференцированный характер этих регуляций. Кроме того, А. Р. Лурия указывал, что и формирование психической деятельности человека идет от более простых к более сложным, опосредованным формам /22/.

О. С. Адрианов /1/, дополняя и развивая науку о мозге, сформулировал два принципа:

— принцип многоуровневого взаимодействия вертикально организованных путей проведения возбуждения, что дает возможности для различных типов переработки афферентных сигналов;

— принцип иерархического соподчинения различных систем мозга, благодаря которому уменьшается число степеней свободы каждой системы и становится возможным управление одного уровня иерархии другим.

Е. Д. Хомская, опираясь на современные представления об основных принципах организации мозга как субстрата психики, обосновывает два основных принципа теории локализации высших психических функций /41/:

— принцип системной локализации функций (каждая психическая функция опирается на сложные взаимосвязанные структурно-функциональные системы мозга);

— принцип динамической локализации функций (каждая психическая функция имеет динамическую, изменчивую мозговую организацию, различную у разных людей и в разные возрасты их жизни).

Выделенные выше главные принципы структурно-функциональной организации мозга сформулированы на основе анализа нейроанатомических данных.

Контрольные вопросы

1. Выделите функции первичных, вторичных и третичных зон коры больших полушарий.
2. В чем проявляется специфика нейронов с короткими аксонами?
3. Одинаково или различно строение мозговой коры в топологически разных участках?
4. В чем состоит функциональный принцип представительства систем в коре?
5. Как функциональный принцип сочетается с соматотопической организацией корковых зон?
6. Объясните суть принципа иерархического строения коры.
7. Назовите возрастные границы созревания первичных, вторичных и третичных зон коры больших полушарий.
8. Как проявляется принцип прогрессивной кортиколизации?
9. Как связаны между собой принцип эволюционного развития и принцип сохранности древних структур мозга?
10. Сущность принципа вертикального строения функциональных систем мозга.

1.4. Концепция структурно-функциональных блоков мозга А. Р. Лурия.

А. Р. Лурия предложил структурно-функциональную модель мозга как субстрата психической деятельности. Эта модель характеризует наиболее общие закономерности работы мозга как единого целого и позволяет объяснить его интегративную функцию (Е. Д. Хомская). Согласно этой модели, весь мозг можно разделить на три структурно-функциональных блока: а) энергетический блок, б) блок приема, переработки и хранения экстероцептивной информации, в) блок программирования, регуляции и контроля сложных форм деятельности. Любая ВПФ осуществляется при обязательном участии всех трех блоков. Каждый блок характеризуется особенностями строения, физиологическими принципами, лежащими в основе его работы, и той ролью, которую он играет в обеспечении психических функций /22/.

Первый блок — это блок регуляции энергетического тонуса и бодрствования. Было доказано (И. П. Павлов, А. Р. Лурия, М. Н. Ливанов), что для нормальной психической деятельности организм должен находиться в состоянии бодрствования (иными словами, кора больших полушарий должна находиться в состоянии тонуса, т. е. иметь определенный уровень возбуждения). Только в условиях оптимального бодрствования человек может наилучшим образом принимать и перерабатывать информацию, вызывать в памяти нужные системы связей, программировать деятельность, осуществлять контроль над ней. Было установлено, что аппараты, обеспечивающие и регулирующие тонус коры, находятся не в самой коре, а в лежащих ниже стволовых и корковых отделах мозга. Таким аппаратом являются неспецифические структуры разных уровней — ретикулярная формация ствола мозга, неспецифические структуры среднего мозга, лимбическая система, область гиппокампа. Ретикулярная формация представляет собой нервную сеть, в которую вкраплены тела нейронов с короткими аксонами.

Ретикулярная формация имеет ряд особенностей строения и функционирования, благодаря которым обеспечиваются ее основные функции: во-первых, она состоит из восходящей и нисходящей частей. По волокнам восходящей ретикулярной формации возбуждение направляется вверх, оканчиваясь в расположенных выше образованиях (гипоталамусе, древней коре и новой коре). Волокна нисходящей ретикулярной формации имеют обратное направление: начинаясь от новой коры, они передают возбуждение к структурам среднего мозга и ствола мозга. Кроме того, нейроны ретикулярной формации работают по принципу «постепенного накопления возбуждения», т. е. возбуждение распространяется не отдельными импульсами, а градуально, постепенно меняя свой уровень и таким образом модулируя состояние всего нервного аппарата. И, наконец, к ретикулярной формации сходятся волокна (колатерали) от всех анализаторных систем, а также волокна из коры головного мозга и мозжечка. Наличие многочисленных связей в самой ретикулярной формации, конвергенция всех нервных путей на большей части ее нейронов создают дополнительные возможности широкого и одновременного распространения волн возбуждения в первичные, вторичные и третичные зоны коры, а также другие структуры мозга /22/.

Как известно, нервная система всегда находится в состоянии определенной активности и для любого проявления жизнедеятельности обязательно ее наличие. Принято выделять несколько источников активности: в первую очередь, обменные процессы организма, лежащие в основе гомеостаза (белковый, углеводный и т. д.). Затем непосредственный приток информации, поступающей в организм из внешнего мира (от экстерорецепторов). Известно, что в состоянии сенсорной депривации человек впадает в сон, из которого его может вывести лишь поступление новой информации. Перечисленные источники активности свойственны и человеку, и животным. Но у человека помимо этого значительная часть активности обусловлена его планами, намерениями, программами. Формируясь в процессе сознательной жизни, они являются социальными по своему заказу и осуществляются при ближайшем участии сначала внешней, а потом внутренней речи /22/.

Е. Д. Хомская подчеркивает, что функциональное значение первого блока в обеспечении психических функций заключается, во-первых, в регуляции процессов активации, в поддержании общего тонуса ЦНС, необходимого для любой психической деятельности (активирующая функция). Во-вторых, в передаче регулирующего влияния мозговой коры на нижележащие стволовые образования (модулирующая функция): За счет нисходящих волокон ретикулярной формации высшие отделы коры управляют работой нижележащих аппаратов, модулируя их работу и обеспечивая сложные формы сознательной деятельности /2/.

При поражении ретикулярной формации снижается продуктивность всех ВПФ (в первую очередь — непроизвольного внимания и памяти), нарушается активность, сон. В случае массивных поражений стирается грань между сном и бодрствованием, человек находится в полусонном состоянии, у него страдает ориентировка во времени и месте. Отличительными

диагностическими признаками поражения ретикулярной формации является одновременное снижение продуктивности абсолютно всех психических процессов, а также возможность частичной компенсации дефекта за счет усложнения задания. Вовлечение произвольных процессов и специальная мотивация позволяют ненадолго повысить эффективность психических процессов.

Таким образом, первый блок мозга участвует в обеспечении психической деятельности, в первую очередь в организации внимания, памяти, эмоционального состояния и сознания в целом. Кроме того, первый блок мозга участвует в регуляции эмоциональных (страх, боль, удовольствие, гнев) и мотивационных состояний. Лимбические структуры мозга, входящие в этот блок, занимают центральное место в организации эмоциональных и мотивационных состояний. В связи с этим первый блок мозга воспринимает и перерабатывает разнообразную интероцептивную информацию о состоянии внутренних органов и регулирует эти состояния.

Второй блок — блок приема, переработки и хранения информации расположен в наружных отделах новой коры (неокортекса) и занимает ее задние отделы, включая в свой состав аппараты затылочной, височной и теменной коры. Структурно-анатомической особенностью этого блока мозга является шестислойное строение коры. Она включает первичные зоны (обеспечивающие прием и анализ поступающей извне информации), вторичные зоны (выполняющие функции синтеза информации от одного анализатора) и третичные зоны (основной задачей которых является комплексный синтез информации).

Отличительной особенностью аппаратов второго блока является модальная специфичность. Эксперименты по регистрации активности отдельных нейронов показали, что нервные клетки первичных зон отличаются высокой модальной специфичностью и узкой специализацией. Первое означает, что они реагирует на возбуждение только одной модальности (одного вида), например, только зрительное или только слуховое. Второе предполагает, что эти нейроны реагируют лишь на отдельный признак раздражителя одного вида (например, только на ширину линии или угол наклона и т. п.). Благодаря этому аппараты второго функционального блока мозга выполняют функции приема и анализа информации, поступающей от внешних рецепторов и синтеза этой информации.

А. Р. Лурия выделяет основные законы построения коры, входящей в состав второго блока мозга /22/. *Закон иерархического строения корковых зон.* Согласно этому закону соотношение первичных, вторичных и третичных зон коры осуществляет все более сложный синтез информации. Более сложно организованные зоны коры обеспечивают более сложные функции. А. Р. Лурия подчеркивает, что соотношение первичных, вторичных и третичных зон у взрослого и у ребенка различно. Для нормального развития вторичных зон у ребенка необходимо, чтобы были сформированы первичные, а для развития третичных — вторичные зоны. Поэтому поражение первичных зон в раннем детстве может приводить к грубым нарушениям в развитии вторичных и, тем более, третичных зон. У взрослого же человека, при сформированных зонах коры, третичные, наиболее организованные, управляют функцией ниже лежащих вторичных и первичных зон. Поэтому у взрослого человека взаимодействие зон коры осуществляется сверху вниз. В данном случае поражение первичных зон не приводит к заметным нарушениям психических функций и может компенсироваться работой расположенных рядом структур.

Закон убывающей модальной специфичности иерархически построенных корковых зон предполагает, что по мере перехода от первичных зон к третичным снижается проявление их модальной специфичности. Первичные зоны каждой из долей мозга, входящих во второй блок мозга, обладают максимальной модальной специфичностью (благодаря громадному числу нейронов с высокодифференцированной, модально-специфической функцией). Вторичные зоны, в которых преобладают верхние слои с ассоциативными нейронами, обладают модальной специфичностью в значительно меньшей степени. Еще меньше модальная специфичность характерна для третичных зон описываемого блока («зоны перекрытия» корковых концов различных анализаторов). Таким образом, этот закон описывает переход от дробного отражения частных, модально-специфических признаков к синтетическому отражению более общих схем воспринимаемого мира.

Закон прогрессивной латерализации функций объясняет связь функций с определенным полушарием (по мере перехода от первичных зон к третичным зонам). Первичные зоны обоих полушарий мозга равноценны. На уровне вторичных зон часть функций, выполняемых левым и правым полушариями, остаются одинаковыми, но часть функций левого полушария уже отличаются от функций, выполняемых правым полушарием мозга. Функции же третичных зон левого полушария уже коренным образом отличаются от функций аналогичных зон правого полушария мозга.

Е. Д. Хомская указывает, что при поражении аппаратов второго блока мозга нарушение функций зависит от того, какие именно зоны пострадали. При поражении первичных зон возникает нарушение восприятия отдельных признаков воспринимаемого раздражителя одной модальности

(слепое пятно, гемеанопсия, нарушение тон-шкалы, анестезия и т. д.). При поражении вторичных зон коры наблюдается нарушение синтеза отдельных признаков воспринимаемого раздражителя в целостный образ одной модальности (агнозии, афазии). Поражение третичных зон приводит к нарушению комплексного синтеза раздражений, поступающих от разных анализаторов, что проявляется в нарушении ориентировки в пространстве. Причем, согласно закону прогрессивной латерализации, при поражении третичных зон правого полушария нарушается предметная ориентировка в пространстве, а при поражении аналогичных зон левого полушария — страдает символическая ориентировка в пространстве /41/.

Третий функциональный блок мозга — блок программирования, регуляции и контроля сложных форм деятельности. Он связан с организацией целенаправленной, сознательной психической активности, которая включает в свою структуру цель, мотив, программу действий по достижению цели, выбор средств, контроль за выполнением действий, коррекцию полученного результата. Обеспечению этих задач и служит третий блок мозга.

Аппараты третьего функционального блока мозга расположены кпереди от центральной лобной извилины и включают в свой состав моторные, премоторные и префронтальные отделы коры лобных долей мозга. Лобные доли отличаются очень сложным строением и большим числом двусторонних связей со многими корковыми и подкорковыми структурами. Отличительной особенностью этого блока является проведение процессов возбуждения от третичных зонах к вторичным, затем к первичным; отсутствие модально-специфических зон (состоит из аппаратов только двигательного типа); наличие обширных двусторонних связей не только с нижележащими образованиями ствола мозга, но и со всеми остальными отделами коры больших полушарий.

По своей структуре и функциональной организации моторная кора относится к первичным, премоторная — к вторичным, а префронтальная — к третичным зонам коры больших полушарий. Поэтому они выполняют функции, характерные для этих зон. Нейроны моторной коры передают возбуждение к мышцам, отсюда начинается большой пирамидный путь. Именно эти зоны имеют ярко выраженную соматотопическую организацию, что наглядно проиллюстрировал Пенфилд («двигательный человечек»). Премоторная кора обеспечивает двигательные программы, т. е. объединяет отдельные движения в единую кинетическую мелодию. Префронтальные отделы играют решающую роль в формировании намерений, программ, в регуляции и контроле наиболее сложных форм поведения человека. Они состоят из мелкозернистых клеток с короткими аксонами и обладают мощными пучками восходящих и нисходящих связей с ретикулярной формацией. Поэтому могут выполнять ассоциативную функцию, получая импульсы от первого блока мозга и оказывать интенсивное модулирующее влияние на образования ретикулярной формации, приводя ее активирующие импульсы в соответствие с динамическими схемами поведения, которые формируются непосредственно в префронтальной (лобной) коре. Префронтальные отделы фактически надстроены над всеми отделами мозговой коры, выполняя функцию общей регуляции поведения /22/.

При поражении третьего функционального блока мозга характер нарушения функций связан с тем, какой именно аппарат поврежден. При поражении моторной коры затрудняется проведение возбуждения к конкретным мышцам (наблюдаются парезы и параличи отдельных групп мышц). Поражение премоторной коры приводит к нарушению синтеза отдельных движений в единое целое (распад двигательных навыков), поражение префронтальных отделов проявляется в нарушении сознательной целенаправленной деятельности. Исследования А. Р. Лурия показали, что в этом случае целенаправленное поведение заменяется «полевым» поведением, нарушается программа выполняемой деятельности, лобный больной не может подобрать адекватные средства деятельности, отсутствует контроль за ее выполнением и коррекция ошибок. При этом наблюдается персеверация (повторяемость) и стереотипизация движений.

Анализ особенностей строения и функционирования трех функциональных блоков мозга позволяет предположить, что каждая форма сознательной деятельности всегда является сложной функциональной системой и осуществляется, опираясь на совместную работу всех трех блоков мозга, каждый из которых вносит свой вклад в обеспечение всего психического процесса в целом. Выделение этих блоков достаточно условно.

Аппараты первого блока мозга обеспечивают необходимый уровень активации остальных блоков, второй блок отвечает за прием, анализ и переработку информации, поступающей из внешней среды, от экстерорецепторов. С одной стороны, эта информация составляет основу для интегративной деятельности третьего блока, а с другой — является одним из источников активности первого блока. Роль третьего блока проявляется в его интегрирующей, регулирующей, модулирующей функции. Обеспечивая важный этап в переработке информации, аппараты третьего блока оказывают модулирующее влияние и на первый и на второй блоки, что приводит как к изменению уровня активации коры, с одной стороны, так и к изменению порогов ощущения и восприятия — с другой.

Анализируя взаимодействие блоков мозга с точки зрения деятельности, следует отметить, что первый блок участвует в формировании мотивов любой сознательной деятельности, второй — обеспечивает операциональную сторону деятельности, а третий — отвечает за формирование целей и программ деятельности. Нарушение работы каждого из этих блоков обязательно приводит к дезинтеграции психической деятельности в целом, но каждый раз по-разному, так как приводит к нарушению соответствующих стадий деятельности.

Контрольные вопросы

1. Какие из трех блоков мозга обладают модальной специфичностью, а какие — нет?
2. Сущность концепции А. Р. Лурия о трех функциональных блоках мозга.
3. Особенности работы первого блока.
4. Особенности работы второго блока.
5. Особенности работы третьего блока.
6. Какие вы знаете источники активации коры?
7. В чем различие проведения возбуждения во втором и третьем блоках мозга?
8. В чем различия иерархической организации у детей и иерархического взаимодействия у взрослых?
9. Сущность закона убывающей модальной специфичности.
10. Сущность прогрессирующей латерализации функций.

1.5. Синдромный анализ нарушения высших психических функций.

В соответствии с теорией системной динамической организации высших психических функций, при локальных поражениях головного мозга нарушается не какая-то одна психическая функция, а их совокупность, составляющая единый нейропсихологический синдром. Под последним А. Р. Лурия предложил рассматривать закономерное сочетание нейропсихологических симптомов, связанное с выпадением определенного фактора /22/. Целью синдромного анализа является поиск фактора, который приводит к формированию нейропсихологического синдрома. А под фактором понимают те физиологические процессы, которые протекают в определенных мозговых структурах /22, 41/. Нарушение этих факторов и является непосредственной причиной нарушения работы всей функциональной системы, обеспечивающей ту или иную психическую функцию.

Синдромный анализ в нейропсихологической практике опирается на следующие положения:

— необходимость качественной квалификации возникших нарушений психических функций. Качественный анализ предполагает определение формы нарушения психической функции, ответ на вопрос — какой характер носит дефект и почему он появился;

— необходимость анализа и сопоставления первичных дефектов, непосредственно связанных с нарушенным фактором, и вторичных расстройств, которые возникают по законам системной организации функций. Это сопоставление позволяет уяснить структуру нейропсихологического синдрома в целом и поставить топический диагноз;

— необходимость изучения состава не только нарушенных, но и сохранных ВПФ, поскольку, согласно принципу двойной диссоциации Тэйбера, при любом органическом корковом очаге поражения одни функции нарушаются, а другие остаются сохранными.

Е. Д. Хомская выделяет следующие типы факторов, имеющиеся у взрослого человека /41/.

1. Модально-специфические факторы, связанные с работой различных анализаторных систем (зрительной, слуховой, кожно-кинестетической, двигательной). Материальной основой этих факторов являются вторичные зоны коры больших полушарий, составляющих корковые отделы анализаторов.

2. Модально-неспецифические факторы — связаны с работой неспецифических срединных структур мозга (инертности — подвижности нервных процессов, активации — дезактивации, спонтанности — аспонтанности).

3. Факторы, связанные с работой ассоциативных (третичных) областей коры. Они отражают процессы взаимодействия различных анализаторных систем, а также работу третичных зон — префронтальных и височно-теменно-затылочных зон.

4. Полушарные факторы, связанные с работой левого и правого полушарий мозга. Они характеризуют работу всего полушария в целом и определяют полушарные стратегии работы:

преобладание абстрактных или конкретных способов переработки информации, сукцессивной (последовательной) или симультанной (одномоментной) организации высших психических функций, произвольной или непроизвольной регуляции психической деятельности.

5. Факторы межполушарного взаимодействия. Обеспечивают закономерности совместной работы левого и правого полушария мозга, связаны со структурами мозолистого тела.

6. Общемозговые факторы, связанные с действием различных общемозговых механизмов, обеспечивающих целостную работу всего мозга (кровообращения, лимфообращения, гуморальными, биохимическими процессами) /41/.

Нарушение ВПФ может иметь различные проявления: в форме грубого расстройства функции, в виде ее патологического ослабления или снижения уровня выполнения функции. Основная классификация нейропсихологических синдромов построена по топическому принципу, т. е. на выделении области поражения мозга. В связи с этим их в первую очередь делят на синдромы поражения корковых отделов и синдромы поражения подкорки.

Корковые нейропсихологические синдромы возникают при поражении вторичных и третичных полей коры больших полушарий. В свою очередь их можно разделить на две категории: синдромы, возникающие при поражении задних отделов мозга, и синдромы, связанные с поражением передних отделов больших полушарий.

Нейропсихологические синдромы поражения задних отделов коры больших полушарий имеют общие черты. Их основу составляют гностические, мнестические и интеллектуальные расстройства, связанные с нарушением различных модально-специфических факторов. К ним относят:

— синдромы поражения затылочных и затылочно-теменных отделов коры больших полушарий. Проявляются в нарушении зрительного гнозиса, зрительной памяти, зрительного пространства, а также в нарушении оптико-пространственного анализа и синтеза;

— синдромы поражения зоны ТРО (третичных височно-теменно-затылочных отделов коры). Данные нарушения приводят к трудностям ориентации во внешнем зрительном пространстве, конструктивной апраксии, расстройству наглядных мыслительных процессов;

— синдромы поражения коры теменной области мозга. В основе этих синдромов лежит нарушение модально-специфических кожно-кинестетических факторов (тактильные агнозии, соматоагнозии);

— синдромы поражения конвекситальной (наружной) коры височной области мозга. Их повреждение приводит к нарушению фонематического слуха, слуховой агнозии, амузии;

— синдромы поражения коры медиобазальных (внутренних) отделов височной области коры больших полушарий. Проявляются в виде модально-неспецифических нарушений памяти, сознания и эмоциональной сферы.

Нейропсихологические синдромы поражения передних отделов коры больших полушарий также не являются однородными и могут проявляться в виде двух синдромов:

— синдром поражения премоторных отделов коры, связанный с нарушением плавности, автоматизированности, последовательности движений;

— синдром поражения коры префронтальной области мозга. Центральными симптомами здесь являются общие нарушения поведения и изменение личности больного.

Что касается синдромов поражения подкорки, то они изучены недостаточно. Но в литературе есть материал о трех типах нейропсихологических синдромов, связанных с поражением глубоких структур мозга /41/:

— синдромы поражения срединных неспецифических структур мозга, проявляющиеся в виде нарушений памяти, внимания и эмоциональных процессов;

— синдромы поражения срединных комиссур мозга. Проявляются в виде нарушения координации движений, затруднения в назывании предметов, попавших в левое поле зрения, а также в форме дископии — дисграфии;

— синдромы поражения глубинных полушарных подкорковых структур (базальные ганглии). В него входит широкий спектр нарушений, которые характерны для поражения как передних, так и задних отделов мозга.

Синдромный подход к анализу нарушений психических функций при локальных поражениях мозга является основным в современной нейропсихологии. И исследования в этом направлении приносят все более интересные данные об особенностях взаимосвязи мозга и психики.

Контрольные вопросы

1. Объясните, как вы понимаете основные положения синдромного анализа высших психических функций.

2. Что такое нейропсихологический фактор?

3. Какова причина нарушения работы всей функциональной системы?

4. Как связаны анализ первичных дефектов и топический диагноз?

5. Какие нейропсихологические факторы можно выделить у взрослого человека?

6. Как связаны между собой нейропсихологический фактор и нейропсихологический синдром?

7. Нейропсихологические синдромы поражения передних отделов коры.

8. Основные проявления нейропсихологических синдромов поражения задних отделов коры.

9. Механизмы нейропсихологических синдромов, связанных с поражением глубинных структур мозга.

10. Каковы задачи синдромного анализа?

Раздел 2. Проблема межполушарной асимметрии мозга и межполушарного взаимодействия.

Проблема межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия — одна из наиболее актуальных проблем естествознания. Первые данные о латерализации функций относятся еще к школе Гиппократа, когда наблюдались и описывались связи между односторонними ранениями головы и контралатеральными конвульсиями. К началу XIX в. накопилось достаточно много фактов о неравнозначности левого и правого полушарий мозга. Анатомические данные, полученные в институте мозга АМН, а также результаты зарубежных авторов свидетельствуют о том, что уже у некоторых животных (крыс, кошек, обезьян) длина сильвиевой борозды в левом полушарии больше, чем в правом. У человека эти различия выражены более отчетливо. Так, зона Вернике (верхние отделы вторичных зон височной области) в левом полушарии на одну треть больше симметричной ей зоны правого полушария, нейроны левого полушария (у правшей) крупнее нейронов правого полушария и даже диаметр кровеносных сосудов в левом полушарии больше чем в правом. Есть сведения о различиях в организации левого и правого таламуса, левого и правого хвостатого ядра в тех ядрах таламуса, которые связаны с речью.

Еще более убедительны физиологические данные: при регистрации вызванных потенциалов они сначала отмечаются в правом полушарии, а потом постепенно охватывают левое. Предполагают, что это связано с разными способами переработки информации (правое осуществляет ее целостно и одновременно, а левое — аналитически и последовательно). Доказано, что левое полушарие активизируется при выполнении одних задач, а правое — других /4, 12, 44/. С помощью метода вызванных потенциалов, возникающих при звуках человеческой речи у новорожденных, получены данные о том, что у девяти из десяти детей амплитуда реакции в левом полушарии заметно больше, чем в правом, а при неречевых звуках {шум или музыкальные аккорды) — у всех десяти младенцев амплитуда вызванных потенциалов выше в правом полушарии /38/. Все это убедительно свидетельствует о том, что лево-правая асимметрия характерна для нормы и особенно отчетливо проявляется в условиях психической деятельности.

Клинические наблюдения подтверждают полученные факты: речевые нарушения возникают преимущественно при поражении левого полушария, в то время как поражение правого приводит к появлению своеобразного симптомокомплекса, включающего нарушение схемы тела, выпадение поля зрения, нарушение пространственной ориентировки и т. д.

Все эти данные (анатомические, физиологические, клинические) убедительно свидетельствуют о неравнозначности структур и функций левого и правого полушарий.

Е. Д. Хомская, изучая историю функциональной асимметрии мозга /44/, утверждает, что эта теория прошла несколько этапов в своем развитии. В основе первой классической концепции функциональной асимметрии лежало положение об абсолютной противоположности функций правого и левого полушарий. Считалось, что левое полушарие полностью доминантно по речи и всем психическим процессам, а правому отводилась подчиненная роль в организации психической активности. При этом, по Дж. Х. Джексону, сама доминантность понималась как ведущая роль левого полушария.

К середине XIX в. интерес исследователей переместился с изучения левого полушария мозга на правое. Теория функциональной асимметрии, подкрепленная новыми данными, получила название — «концепция относительной доминантности». В ее основе по-прежнему лежала идея

противоположности функций левого и правого полушарий и утверждалось представление об относительной доминантности левого полушария по отношению к речевым функциям, а также опосредованным речью психическим процессам (у правшей) и относительной доминантности правого полушария в организации невербальных гностических функций. Для этого подхода характерна идея глобальной асимметрии, предполагающая взаимосвязь между большей активностью одного полушария и доминированием контралатеральной руки, ноги, глаза и т. д.

В настоящее время проблема межполушарной асимметрий рассматривается как проблема функциональной специфичности полушарий, как проблема своеобразия того вклада, который вносит каждое полушарие в организацию любой психической функции. В этом принимает участие как левое, так и правое полушарие, но при этом каждое вносит свой специфический вклад. Под функциональной асимметрией понимается различное по характеру и неравное по значимости участие левого или правого полушария мозга в осуществлении психических функций /44/. Такому подходу свойственны следующие положения:

— функциональная асимметрия носит не глобальный, а парциальный характер. Выделяют моторные асимметрии (мануальную, ножную, оральную, глазодвигательную и т. д.), сенсорные (зрительную, слуховую, тактильную) и психические (асимметрия организации речи и других психических функций). В разных системах характер функциональной асимметрии может быть неодинаков;

— каждая конкретная форма функциональной ассиметрии отличается своей степенью, мерой выраженности. Можно говорить о сильной или слабой асимметрии;

— функциональная асимметрия больших полушарий у взрослого человека есть продукт действия биосоциальных структур. Как показали исследования, проведенные на детях, основы функциональной специализации являются врожденными, но по мере развития ребенка происходит усовершенствование и усложнение механизмов межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия.

Второй аспект проблемы межполушарной асимметрии, не менее важный, но менее изученный — это вопрос межполушарного взаимодействия. Долгое время считалось, что оба полушария мозга абсолютно самостоятельны и представляют собой такой же парный орган, как почки или легкие. Но работы Роджера Уолкотта Сперри по перерезке комиссур мозга показали, что при нарушении взаимосвязи между левым и правым полушариями возникают серьезные нарушения психических функций. Результат перерезки комиссур мозга (мозолистого тела), получивший название «Модель расщепленного мозга», характеризуется триадой симптомов /36, 44/:

— аномия, проявляющаяся в нарушении способности давать отчет обо всех видах сенсорной информации, поступающей в правое полушарие;

— дископия-дисграфия, для которой характерно нарушение письма и конструктивной деятельности при выполнении их одной (правой или левой) рукой;

— нарушение координации движений.

Эксперименты показали, что при частичной перерезке мозолистого тела эти симптомы проявляются не полностью. Это связано с тем, что мозолистое тело не является однородным органом, а представляет собой дифференцированную систему, различные участки которого выполняют разные функции в механизмах межполушарного взаимодействия. При частичной перерезке отдельных участков мозолистого тела возникают нарушения только одной модальности /41, 44/. Кроме того, при частичной перерезке мозолистого тела отмечается сравнительно быстрое восстановление психических функций.

Работы под руководством Э. Г. Симерницкой /34/ показали, что процессы межполушарного взаимодействия у детей протекают иначе, чем у взрослых. У детей синдрома расщепленного мозга не наблюдается, поскольку мозолистое тело созревает достаточно поздно (примерно к двадцати годам).

Системный характер психической деятельности состоит в дифференцированном участии различных мозговых образований и полушарий мозга в организации высших психических функций. Ни одно полушарие не может быть рассмотрено как доминирующее по отношению к какой-либо функции или деятельности. Каждое полушарие доминирует по свойственному ему принципу работы, по тому вкладу, которое оно вносит в организацию психической функции /36, 41, 44/. Таким образом, можно сказать, что межполушарная организация психических процессов основана на единстве двух факторов: функциональной асимметрии (специализации) полушарий мозга и их взаимодействии в психической деятельности человека.

Контрольные вопросы

1. В чем проявляется анатомическая асимметрия мозга?
2. В чем проявляется функциональная асимметрия мозга?

3. Почему функции правого полушария изучены меньше, чем функции левого полушария?

4. Для какого этапа в развитии теории функциональной асимметрии мозга характерны идеи обязательного переучивания левшей?

5. В чем заключается парциальный характер межполушарной асимметрии?

6. Что такое комиссуры мозга?

7. Что такое «синдром расщепленного мозга»?

8. Чем отличается межполушарное взаимодействие у детей?

9. Как проявляется аномия при частичной перерезке мозолистого тела?

10. До какого возраста идет становление межполушарных связей?

Раздел 3. Основные нейропсихологические симптомы и синдромы.

3.1. Сенсорные и гностические зрительные расстройства.

При нейропсихологическом подходе к нарушению ВПФ, предложенном А. Р. Лурия, следует учитывать все симптомы, возникающие при поражении самых разных уровней анализаторных систем. Е. Д. Хомская выделяет два типа расстройств, возможных при изучении работы различных анализаторных систем: а) относительно-элементарные сенсорные расстройства, отражающие нарушения различных видов ощущений (светоощущения, цветоощущения, тон-шкала и пр.) и б) более сложные гностические расстройства, отражающие нарушения разных видов восприятия (восприятие формы, предмета, звуков речи и пр.). Первый тип расстройств возникает при повреждении анализаторных систем и первичных зон коры больших полушарий, второй — при поражении вторичных зон коры. Гностические расстройства, возникающие в этом случае, носят название «агнозия». В зависимости от локализации поражения могут быть зрительные, слуховые, тактильные агнозии.

Зрительные ощущения и восприятие связаны в первую очередь с функционированием зрительного анализатора. Затылочные отделы новой коры представляют собой корковый конец зрительного анализатора, поскольку здесь заканчиваются волокна, идущие от сетчатки глаза. Эти волокна сначала идут в составе зрительного нерва, частично перекрещиваются в хиазме, продолжая свой путь в зрительном тракте. Причем зрительный тракт правого полушария включает волокна, передающие возбуждение от левых половин зрительных полей и левого и правого глаза, зрительный тракт левого полушария, соответственно, — от правых половин полей зрения обоих глаз. Волокна зрительного тракта заканчиваются в наружном коленчатом теле, где начинается новый зрительный путь, который веером располагается внутри височной области — зрительное сияние (или пучок Грациоле) — и заканчивается в первичном поле затылочной коры. Зрительный нерв, зрительный тракт и зрительное сияние имеют соматотопическую организацию, в случае их поражения возникает выпадение определенных частей зрительного поля (гемеанопсии) или слепое пятно (скотома).

Первичные зоны затылочной коры расположены главным образом на медиальной поверхности мозга в виде треугольника, который направлен в глубь мозга, и занимают самую большую площадь по сравнению с другими первичными зонами. Они также имеют соматотопическую организацию, обладают модальной специфичностью и выполняют функцию приема и анализа зрительной информации, обеспечивая тем самым элементарные зрительные функции (остроту зрения и цветоощущение). Поражение первичных зон затылочной коры одного полушария не оказывает серьезного влияния на работу высших психических функций. Оно приводит лишь к частичным нарушениям полей зрения (гемеанопсиям или скотомам), которые затрудняют зрительное восприятие, но хорошо компенсируются как функциональной перестройкой сетчатки, так и движением глаз. Исключение составляет поражение первичных зон затылочной коры правого полушария (для правшей). В этом случае больной не замечает дефектов полей зрения и никак не компенсирует их движением глаз, относя недостатки зрения на счет предъявляемого материала (правосторонняя фиксированная гемеанопсия) /22, 41/. При менее грубых поражениях первичных зон затылочной коры возникает частичное выпадение зрительных функций в виде изменения цветоощущений и фотопсий (яркие вспышки, искры).

Вторичные отделы затылочной коры надстроены над первичными и значительно отличаются от последних как по строению, так и по выполняемым функциям. Они состоят из нейронов с

короткими аксонами, которые не связаны непосредственно с волокнами, идущими от сетчатки, сохраняют модальную специфичность и осуществляют интегрирующую функцию, обеспечивая синтез зрительных раздражений в целостный зрительный образ.

Результаты клинических наблюдений показали, что при поражении вторичных зон затылочной коры нарушается интегральность восприятия целых зрительных комплексов, что приводит к возникновению феномена неузнавания реальных предметов и их изображений. Такое нарушение зрительного восприятия при поражении вторичных отделов затылочной коры представляет собой распад высшей организации зрительных процессов и называется «зрительная агнозия». Этот термин был предложен З. Фрейдом (1891). Для всех форм зрительных агнозий характерна относительная сохранность элементарных зрительных функций (остроты зрения, цветоощущения, поля зрения), но при этом нарушен гностический уровень работы зрительной системы. Изучением зрительных агнозий успешно занимались О. Зангвилл, А. Р. Лурия, Г. Л. Тэйбер и др. Но их исследования посвящены в основном описанию симптоматики нарушений при поражении вторичных зон затылочной коры, механизмы же этих нарушений пока еще изучены недостаточно /41/. Поэтому существующая классификация зрительных агнозий основана на том, что именно не воспринимает больной. Большинство авторов выделяют следующие шесть форм нарушения зрительного гнозиса /22, 41/.

Предметная агнозия — возникает при поражении нижней части вторичных зон затылочной коры. При этом нарушении больной может описать все признаки предмета, но не понимает смысл изображения в целом, не узнает предмет. В такой грубой форме предметная агнозия наблюдается лишь при одновременном поражении нижних отделов вторичных зон височной области левого и правого полушарий. В этом случае больной ведет себя как слепой, хотя и видит предметы. Он постоянно ощупывает их и ориентируется на слух. При одностороннем поражении данная агнозия проявляется при распознавании в затрудненных условиях (контурное, перечеркнутое, наложенное изображение).

Лицевая агнозия (прозопагнозия) возникает при поражении нижних отделов вторичных зон затылочной коры правого полушария. Больные не могут различать человеческие лица или их фотографии. При грубой форме лицевой агнозии не узнают мужские и женские лица, детские и взрослые, лица своих родных и близких.

Буквенная агнозия возникает при поражении нижних отделов вторичных зон затылочной коры левого полушария, на границе затылочной и височной коры (у правшей). Больные правильно копируют буквы, но не могут их узнать и назвать, в результате распадается навык чтения (первичная алексия).

Оптико-пространственная агнозия характерна для поражения верхних отделов вторичных зон затылочной коры и сопровождается нарушением ориентировки в пространственных признаках окружающей среды и изображений объектов (нарушается лево-правая ориентировка, самостоятельность рисунка, поскольку рисует все отдельно, иногда возникают трудности чтения букв с признаками «лево — право», например, «К» — «Я»). В грубых случаях нарушается ориентировка и в верхне-нижних координатах.

Симультанная агнозия характеризуется сужением объема зрительного восприятия, больной не может одновременно воспринимать два предмета, воспринимает только отдельные фрагменты изображения. Поэтому он не в состоянии поставить карандашом точку в центр круга, так как видит или круг, или карандаш.

Цветовая агнозия проявляется в том, что больные различают цвета, но не говорят, в какой цвет окрашены предметы. Они не могут назвать предметы определенного цвета, у них отсутствует обобщенное представление о цвете, и они затрудняются его классифицировать. Это связано с трудностями категоризации цветов, с образованием определенных цветовых групп.

Согласно теории системной динамической локализации высших психических функций, зрительное восприятие представляет собой сложную функциональную систему, включающую несколько компонентов, в организации которых принимают участие разные структуры мозга. Выделяют следующие уровни организации зрительных перцептивных процессов:

— анализ зрительной информации — обеспечивается первичными отделами затылочной коры;

— синтез зрительной информации в целостный зрительный образ — осуществляется вторичными отделами затылочной коры. Вторичные зоны являются аппаратами, осуществляющими исполнительную часть перцепторной деятельности, поэтому их поражение затрудняет зрительный синтез, но не лишает перцепторную деятельность направленного и осмысленного характера. Больной старается разобраться в значении фрагментов зрительной информации и может компенсировать свой дефект с помощью рассуждений;

— зрительно-пространственная организация — выполняется задними третичными зонами мозга. Включение внезрительных компонентов (кожно-кинестетические ощущения, вестибулярный анализатор) обеспечивает пространственный анализ зрительной информации;

— организация перцепторной деятельности — обеспечивается лобными отделами коры больших полушарий. При поражении лобных долей больные воспринимают и узнают простые изображения, буквы, читают слова и даже фразы, но страдает активная перцепторная деятельность. Больной заменяет адекватную оценку ситуации оценкой непосредственного впечатления.

Процесс зрительного восприятия является сложной функциональной системой, опирающейся на совместную работу целого комплекса корковых зон, каждая из которых вносит собственный вклад в построение активной перцепторной деятельности /22, 41/.

Контрольные вопросы

1. В чем заключается диагностическое значение скотом и гемеанопсий?
2. Перечислите элементарные функции зрения.
3. Как проявляется роль вторичных зон затылочной коры в анатомической организации мозга?
4. Особенности строения и функций вторичных зон затылочной коры.
5. Что является общим для всех видов зрительных агнозий?
6. Особенности симультанной агнозии.
7. Симптомы зрительной предметной агнозии.
8. Как проявляется латерализация функций на уровне вторичных зон затылочной коры?
9. Какой вклад вносят лобные отделы в организацию зрительного восприятия?
10. Какой квалификационный признак лежит в основе выделения агнозий?

3.2. Сенсорные и гностические слуховые расстройства.

В основе слухового восприятия лежит работа слухового анализатора. Периферический конец слухового анализатора начинается в кортиевом органе, расположенном в улитке внутреннего уха. Отдельные участки этого органа возбуждаются в ответ на различные по высоте колебания. Возбуждения идут по слуховому пути, частично перекрещиваются во внутреннем лемниске, прерываются во внутреннем коленчатом теле и заканчиваются в первичных зонах височной коры, расположенных в извилине Гешля. Особенностями слухового проводящего пути является его соматотопическая организация и отсутствие полного представительства каждого уха в одном, противоположном полушарии.

Корковый конец слухового анализатора (первичные зоны височной коры) состоит преимущественно из 6 и 4 слоев, обладает модальной специфичностью и выполняет функцию приема и анализа слуховой информации. Иными словами, первичные зоны височной коры обеспечивают такие элементарные функции, как острота слуха и восприятие тон-шкалы (восприятие звуков определенной высоты).

При одностороннем поражении первичных зон височной шкалы нет выпадения слуха, но наблюдается повышение порогов слухового ощущения в условиях затрудненного восприятия (на противоположном ухе) /22, 41/.

Вторичные зоны височной коры расположены в наружных отделах височной доли, состоят из клеток с короткими аксонами, сохраняют модальную специфичность и обеспечивают синтез слуховых раздражений в целостный слуховой образ. На базе слуховой системы формируется человеческая речь, поэтому внутри этой системы выделяют две самостоятельные подсистемы. Первая дает возможность ориентироваться в неречевых звуках (неречевой слух), вторая — слышать и анализировать звуки речи (речевой слух). Эти подсистемы имеют общие подкорковые механизмы, но на уровне коры различаются.

Исследования нейропсихологов позволили выделить две основные функции вторичных зон височной области коры:

— дифференциация комплексов одновременно предъявляемых слуховых раздражителей (выделение предметных звуков) и последовательных серий звуковысотных отношений или ритмических слуховых структур;

— синтез речевых звуков. Чтобы различить звуки речи, необходимо кодировать их соответственно фонематической системе, выделяя смыслоразличительные фонематические

признаки. Данная функция обеспечивается вторичными зонами височной области левого полушария.

Поражение вторичных зон височной области приводит к нарушению интегративности слухового восприятия. В зависимости от места поражения выделяют следующие нарушения слухового восприятия.

Слуховая агнозия возникает при поражении как левого, так и правого полушарий. Проявляется данное нарушение в том, что страдает понимание предметных звуков. Больной слышит звуки, может отличить один от другого, но не может назвать их источник. Хотя больные могут различать звуки по высоте, интенсивности, длительности и тембру, они не имеют для них никакого смысла.

Сенсорная амузия характерна для поражения верхних отделов вторичных зон височной области правого полушария. Нарушается способность узнавать и воспроизводить знакомую мелодию или ту, которую человек только что услышал, а также отличать одну мелодию от другой. При грубых нарушениях могут возникать болевые ощущения при восприятии мелодий.

Аритмия — нарушение, описанное А. Р. Лурия и его сотрудниками, состоит в том, что больной не может правильно оценивать и воспроизводить ритмические структуры (наборы звуков, чередующиеся через разные промежутки времени). Возникает и при правостороннем, и при левостороннем поражении височной доли.

Речевая акустическая агнозия (сенсорная афазия) проявляется при поражении верхних отделов вторичных зон височной области левого полушария. При этом поражении сохранна острота слуха, нет выпадения тон-шкалы, но больные не различают фонематические признаки речи (путают близкие по звучанию фонемы: «Б — П», «Г — К»). При массивных поражениях вместо речи слышат неречевой шум (шум моря, шорох листьев и т. п.).

Акустико-мнестическая афазия (нарушение слухо-речевой памяти) возникает при поражении средних отделов вторичных зон височной области левого полушария. Дефект заключается в том, что больной не может удержать в памяти даже небольшую серию звуков: «дом — лес — стол». При повторении первое слово уже забывается.

Нарушение интонационной стороны речи связано с поражением правой височной области. Больные не различают речевые интонации, не выразительны в своей речи, плохо различают мужские и женские голоса, не узнают знакомые голоса.

Согласно представлениям о синдромном анализе нарушений высших психических функций, поражение одного участка мозга приводит к первичному нарушению психической функции. Это, в свою очередь, вызывает расстройство всех функциональных систем, в которые он входит в качестве составного компонента. Расстройство речевого (фонематического) слуха приводит к нарушению всех психических функций, так или иначе с ним связанных /22/. Эти нарушения имеют вторичный, или системный характер и получили название «синдром височной афазии». Данный синдром включает в себя следующие симптомы:

— расстройство понимания речи. Невозможность различать близкие фонемы приводит к затруднению понимания устной речи: путая близкие по звучанию фонемы, больной не понимает отдельные слова (при утяжелении поражения начинает воспринимать родную речь как иностранный язык или как неречевой шум);

— затруднения в назывании предметов: перестает с легкостью припоминать нужные слова (возникают обильные литеральные парафазии). Например, при попытке произнести «колос», у больного получается «голос», «хорост», «горст»;

— расстройство экспрессивной речи: не имея опоры в фонематической системе, больной плохо владеет связной речью, она представляет бессвязный набор слов;

— распад письма: поскольку больные не могут выделить фонемы и проанализировать сложный состав слова, то не могут найти и нужный звуко-буквенный состав слова;

— частичное нарушение чтения: нарушено чтение мало встречающихся слов при сохранности автоматизмов;

— нарушение вербального мышления проявляется в том, что больные не могут удержать в слухоречевой памяти последовательность операций.

Все эти нарушения возникают при поражении верхних отделов вторичных зон височной области левого полушария (у правшей).

Контрольные вопросы

1. Почему человек редко замечает нарушения первичных зон височной области коры?
2. Назовите элементарные функции слуха.
3. В чем проявляется соматотопическая организация слухового анализатора?

4. Как проявляется латерализация функций в работе вторичных зон височной области коры?

5. Что общего между слуховой предметной агнозией и амузией?

6. Изменяется ли интонационно-мелодическая сторона речи при сенсорной афазии?

7. Особенности нарушения слухо-речевой памяти при поражении средне-височных отделов левого полушария.

8. Синдром сенсорной афазии.

9. В чем проявляется системное влияние нарушения речевого слуха на другие психические процессы?

10. Приводит ли нарушение речевого слуха к дефектам музыкального слуха?

3.3. Сенсорные и гностические кожно-кинестетические расстройства.

Кожно-кинестетическая или общая чувствительность занимает особое место среди разных видов чувствительности, поскольку ее отсутствие несовместимо с жизнью. Не чувствуя порезов, охлаждения или ожогов, человек может легко погибнуть от кровопотери, переохлаждения и пр. Нарушение кинестетических ощущений приводит к расстройству движений. Это сборное понятие, включающее кожную и кинестетическую чувствительность. К кожной относят ощущения от рецепторов, расположенных в коже: тепловые (цилиндрические рецепторы Руффини), холодовые (колбочки Краузе), тактильные (корзинчатые сплетения и тельца Мейснера), болевые (свободные нервные окончания) и вибрационную чувствительность, обеспечиваемую совместной работой всех рецепторов.

Кинестетическая чувствительность включает ощущения от сокращения мышц (мускульные веретена), смены положения суставов (паччиниевы тельца) и разной степени натяжения сухожилий (сухожильный орган Гольджи). В итоге кожа и опорно-мышечный аппарат представляют собой периферический отдел кожно-кинестетического анализатора, самого большого анализатора у человека. Рецепторы в этом анализаторе расположены неравномерно: максимальное количество — на ладони, в коже вокруг рта, на языке, минимальное — в средней зоне спины. Но при этом на каждом участке кожи одновременно представлены все виды кожной чувствительности.

Проводящие пути кожно-кинестетического анализатора представляют собой волокна типа А, В и С, которые проводят разные виды чувствительности и различаются по степени миелинизации, а значит, по диаметру и скорости проведения возбуждения. Волокна типа А хорошо миелинизированы, их диаметр около 8-12 мк, скорость проведения возбуждения 120 м/сек, проводят тактильные и кинестетические ощущения. Волокна типа В имеют относительно тонкую миелиновую оболочку, меньший диаметр, скорость 15-20 м/сек, проводят температурные и болевые раздражения. У волокон типа С нет миелиновой оболочки, наименьший диаметр, скорость — 0,5-15 м/сек. Как правило, они проводят болевые и частично температурные раздражения.

Корковый конец кожно-кинестетического анализатора представляет собой первичные зоны теменной коры, имеет соматотопическую организацию и отличается модальной специфичностью. Они выполняют функцию приема и анализа кожно-кинестетических раздражений.

При поражении первичных зон теменной коры возникает явление анестезии — снижение или потеря чувствительности на всей контралатеральной половине тела или в его отдельных участках (так называемые «чувствительные скотомы»).

Вторичные зоны теменной коры обеспечивают синтез кожно-кинестетических ощущений. При их поражении возникают более сложные по своей симптоматике тактильные агнозии (нарушение узнавания формы объектов при относительной сохранности поверхностной и глубокой чувствительности). Вторичные зоны теменной области коры больших полушарий занимают большую площадь, и, в зависимости от локализации очага поражения, выделяют два синдрома: нижнетеменной и верхнетеменной.

Нижнетеменной синдром возникает при поражении нижних постцентральных областей коры, которые граничат с зонами представительства руки и лица. Он включает в себя следующие симптомы.

Астериогноз (тактильная предметная агнозия) — больной не узнает предметы на ощупь при сохранной сенсорной основе восприятия. При грубых нарушениях может сопровождаться агнозией текстуры объекта.

Тактильная агнозия текстуры объекта — больной не узнает качество материала (шероховатость, гладкость, мягкость и т. п.).

Пальцевая агнозия (синдром Герштмана) — нарушается возможность узнать и назвать пальцы рук на противоположной руке (с закрытыми глазами).

Тактильная алексия (при поражении левого полушария) — с трудом узнают цифры или буквы, написанные на кисти руки. Эта способность тактильного опознания букв появляется после обучения грамоте.

Верхнетеменной синдром возникает при поражении вторичных зон теменной коры, примыкающих к первичным зонам, куда поступает информация от всего тела. Для него характерна соматоагнозия (нарушение схемы тела), которая проявляется в расстройстве узнавания частей тела, их расположения по отношению друг к другу, особенно при поражении правого полушария (больной игнорирует левые конечности, «теряет» их, увеличивает, уменьшает, удваивает).

Контрольные вопросы

1. Из каких компонентов состоит кожная чувствительность?
2. Перечислите составные компоненты кинестетической чувствительности.
3. Чем отличаются друг от друга волокна типа А, В и С?
4. Что такое астериогноз, механизмы его возникновения.
5. Охарактеризуйте нижнетеменной синдром.
6. В каких случаях возникает верхнетеменной синдром?
7. Как проявляется функциональный принцип в организации работы кожно-кинестетического анализатора?
8. Когда возникают чувствительные скотомы?
9. Как проявляется латерализация в работе вторичных зон теменной коры?
10. В чем суть тактильной алексии?

3.4. Нарушения речи при локальных поражениях мозга.

Нейропсихология занимается изучением различных форм нарушения речи при локальных поражениях мозга, опираясь на теоретические положения, разработанные А. Р. Лурия, Е. Д. Хомской, Л. С. Цветковой. Речь рассматривается как речевая система, как совокупность речевых функций, объединенных в единое целое /41, 43/. В качестве двух самостоятельных видов речи в нейропсихологии выделяют импрессивную (понимающую) и экспрессивную (выражающую) речь, которые имеют разное психологическое строение. Импрессивная речь — процесс понимания речевых высказываний, как устных, так и письменных, начинается с восприятия потока чужой речи, затем идет декодирование этого потока до речевой схемы, выделение через внутреннюю речь общей мысли высказывания и понимание его мотива. Экспрессивная речь — процесс высказывания с помощью языка — начинается с мотива высказывания, формирования программы высказывания, после чего общая мысль перекодируется с помощью внутренней речи в речевые схемы, а затем — в развернутую речь.

С точки зрения лингвистики в речи выделяют следующие единицы — фонемы, лексемы и семантические единицы. Под фонемами понимают смыслоразличительные звуки речи. В русском языке фонемами являются гласные и согласные звуки, а также такие их характеристики, как звонкость — глухость, твердость — мягкость, благодаря чему слова «был», «бил», «быль» и «биль» в русском языке имеют совершенно разные значения. В то же время длина гласного звука, играющая в английском и немецком языке смыслоразличительную функцию, в русском воспринимается как варианты одного и того же слова. Лексемы — это слова или фразеологические сочетания, обозначающие отдельные предметы или явления. Семантические единицы представляют собой обобщения в виде системы слов, обозначающих понятия. Другими словами, речь имеет фонематическую, лексическую и семантическую структуру.

Выделяют четыре самостоятельные формы речевой деятельности, или подсистемы: устная и письменная речь (экспрессивная речь) и понимание устной и письменной речи (импрессивная речь). Каждая из выделенных подсистем выполняет разные функции, имеет свои особенности организации, а также различные сроки формирования. Эти различия в генезисе и психологической структуре находят свое отражение и в мозговой организации различных видов речевой деятельности.

Как сложная функциональная система речь включает большое число афферентных и эфферентных звеньев, в ней принимают участие все анализаторы: слуховой, зрительный, кожно-

кинестетический, двигательный. Каждый из них вносит свой вклад в организацию речевой деятельности в целом. Выпадение любого из этих звеньев приводит к нарушению речи, но особенности нарушения зависят от того, какое именно звено пострадало.

По утверждению А. Р. Лурия, для организации импрессивной речи (декодирования воспринимаемой речи) необходимо соблюдение следующих условий:

— четкое выделение фонематических признаков речи. Обеспечивается работой верхних отделов вторичных зон височной области левого полушария мозга (зона Вернике). Поражение данного участка приводит к сенсорной афазии, заключающейся в невозможности выделения близких по звучанию фонем. Больной не слышит разницы между словами «кора» — «гора». При этом намерение больного разобраться в смысле высказывания остается сохранным;

— понимание слова (предполагается, что эта функция обеспечивается в результате взаимодействия слухового и зрительного анализаторов). При нарушении этого взаимодействия звуковой образ слова перестает вызывать зрительный, поэтому узнавание его смысла грубо нарушается;

— понимание значения целой фразы или связного речевого высказывания. Для выполнения данного условия в свою очередь необходимо несколько компонентов:

а) удержание в памяти всех элементов фразы, обеспечиваемое работой средних отделов вторичных зон височной области левого полушария. При поражении этого участка мозга возникает акустико-мнестическая афазия (невозможно удержать в памяти даже несколько слов);

б) симультанный синтез речевого высказывания, который связан с работой височно-теменно-затылочных отделов левого полушария мозга (у правшей). Поражение этого участка приводит к семантической афазии (нарушается понимание сложных логико-грамматических конструкций);

в) активный анализ наиболее существенных элементов высказывания (проявляется в понимании общего смысла высказывания, его контекста). Это условие обеспечивается за счет участия лобных долей мозга.

Следовательно, импрессивная речь представляет собой сложную функциональную систему, в организации которой принимают участие различные структуры мозга, каждая из которых вносит свой вклад в обеспечение данной функции /22, 41/.

Основными звеньями экспрессивной речи, по мнению А. Р. Лурия, являются простейшая повторная речь (повторение звука, слога, слова) и называние. В повторной речи присутствует звуковой образец, в назывании его нет.

В основе повторной речи лежат такие элементы, как:

— четкое слуховое восприятие, обеспечиваемое верхними отделами вторичных зон височной области левого полушария. Их поражение приводит к распаду фонематического слуха, что сопровождается дефектами повторения (замена близких фонем, неправильное произношение);

— четкая система артикуляции, в основе которой лежит функционирование нижних отделов вторичных зон постцентральной (теменной) коры левого полушария (у правшей). Их поражение ведет к афферентной моторной афазии (распад артикулем, замена близких по произношению артикулем, появление литеральных парафазий);

— возможность переключения с одной артикулемы на другую или с одного слова на другое, обеспечивается аппаратами нижних отделов премоторной коры левого полушария. Их поражение приводит к эфферентной моторной афазии, проявляющейся в патологической инертности речедвигательной сферы и появлению речедвигательных персевераций (заикание);

— подчинение произнесения заданной программе и торможение побочных альтернатив, обеспечивается работой лобных отделов мозга. Их поражение приводит к тому, что нужная программа заменяется повторением хорошо усвоенного в прошлом опыте слова или фразы (использование речевых стереотипов).

Называние как элемент экспрессивной речи включает в себя:

— отчетливое зрительное восприятие, обеспечивается височно-затылочными отделами левого полушария (у правшей), при поражении которых возникает оптическая афазия (больной не может назвать слово, поскольку не узнает его);

— сохранность акустической структуры слова обеспечивается благодаря функциям слухоречевых систем левой височной области. Их поражение при попытке назвать предмет приводит к обильным литеральным парафазиям;

— нахождение нужного обозначения и торможение всех побочных альтернатив связано с особенностями третичных (височно-теменно-затылочных) отделов левого полушария. Патологическое состояние последних приводит к амнестической афазии. Она проявляется в

бесконтрольно возникающих вербальных парафазиях (замена нужного слова близкими по значению или по структуре словами);

— подвижность нервных процессов, обеспечивающая легкость переключения на другое название.

Можно сказать, что и экспрессивная речь имеет сложную структуру, которая обеспечивается совместной работой разных отделов мозга /22, 41/.

В результате локальных поражений задних, гностических областей левого полушария головного мозга (височные, теменные и теменно-затылочные отделы) нарушается звуковая структура слова, акустический анализ слова и зрительно-пространственные схемы, лежащие в основе логико-грамматических конструкций. Но все эти поражения ограничиваются нарушениями операционной структуры речи, не затрагивая речевую деятельность в целом. Поэтому у таких больных сохраняется намерение понять речь окружающих или сказать что-либо, а следовательно, сохраняется возможность компенсации дефекта.

Совсем иначе обстоит дело с организацией речевой деятельности. Ее структура, как известно, включает цель, мотив высказывания, выработку программы, выбор средств реализации деятельности и контроль за ее выполнением. Формирование намерения высказаться связано с работой лобных структур мозга. При поражении передних отделов коры головного мозга нарушается актуализация предложений или целого высказывания. У так называемых «лобных больных» отмечается речевая аспонтанность (отсутствие самостоятельно возникающих высказываний). Помимо этого, поражение лобных отделов приводит к нарушению внутренней речевой схемы. Больные повторяют слова, называют предметы, но сформулировать элементарное словесное высказывание не могут. Этот дефект речи получил название динамическая афазия. Он проявляется в нарушении активной развернутой речи. У больного сохранны повторная речь, называние, рядовая и автоматизированная речь, понимание речи, но отсутствует речевая схема предложения. Остается лишь диалогическая речь, сопровождающаяся эхолалиями, персеверациями и автоматизмами /22, 41/. Под эхолалиями понимают повторение больным последних слов из фраз, которые он слышит. Персеверации означают многократное повторение одного и того же слова или фразы. Автоматизмы проявляются в использовании речевых оборотов на уровне речевых навыков.

Исследование речевых нарушений в нейропсихологии идет по пути изучения афазий. Под афазиями понимают нарушения речи, возникающие при локальных поражениях коры левого полушария мозга (у правшей) и представляющие собой системное расстройство различных форм речевой деятельности. Афазии проявляются в виде распада фонематической, морфологической или синтаксической структуры собственной речи при сохранности элементарных форм слуха и движений речевого аппарата, обеспечивающих членораздельное произношение. Эта речевая патология отличается от дизартрий (нарушение произношения без расстройства восприятия речи на слух), аномий (трудности называния из-за расстройства межполушарного взаимодействия), алалий (расстройство речи в детском возрасте из-за недоразвития всех форм речевой деятельности).

В зависимости от нарушения одного из факторов, на которых основана речевая система при локальных поражениях мозга, А. Р. Лурия разработал классификацию афазий /7, 22, 28, 41/. При выпадении афферентных звеньев речевой функциональной системы (слуховых, зрительных, кинестетических, комплексных афферентаций) выделяют пять видов афазий — сенсорную, акустико-мнестическую, оптико-мнестическую, афферентную моторную и семантическую. При нарушении эфферентных звеньев речевой системы — динамическую и эфферентную моторную афазии.

Сенсорная афазия возникает при поражении верхних отделов вторичных зон височной области левого полушария (зона Вернике). В ее основе лежит нарушение фонематического слуха, т. е. способности различать звуковой состав слова. Больной путает близкие по звучанию фонемы (б — п, г — к). В тяжелых случаях он воспринимает родную речь как иностранную или вместо речи слышит неречевой шум. Но продолжает активно использовать в речи интонации. Нарушение фонематического слуха приводит к дезорганизации всей речевой системы, дефектам понимания устной речи, непониманию речи в усложненных условиях. Наблюдается замена одних звуков другими (литеральные парафазии), замена одного слова другим (вербальные парафазии), нарушение письма (под диктовку), частичное нарушение чтения.

Акустико-мнестическая афазия наблюдается при поражении средних отделов вторичных зон височной области левого полушария. Больной правильно понимает обращенную к нему речь, но не способен запомнить даже самую короткую фразу. Объем слухоречевой памяти снижается до 3 или 2 единиц, что приводит к вторичному непониманию устной речи, а также к трудностям в активной устной речи (скудная речь, частый пропуск слов, обычно существительных). Но интонации при данном дефекте остаются сохранными. При акустико-мнестической афазии

сохраняется фонематический слух, но наблюдаются трудности в поиске нужного слова, возникают вербальные парафазии, налицо снижение скорости переработки словесной информации.

Оптико-мнестическая афазия имеет место при поражении задненижних отделов височной области левого полушария (у правшей). В основе лежит слабость зрительных представлений, зрительных образов слов, в силу чего больной не может правильно назвать предмет. А. Р. Лурия и его сотрудники доказали, что в этом случае распадается преимущественно зрительно-мнестическое звено речевой системы, связи между зрительным образом и его наименованием. У больных нарушается способность изображения объекта, в их описаниях отсутствуют зрительные образы.

Афферентная моторная афазия появляется вследствие поражения нижних отделов вторичных зон теменной области левого полушария и связана с выпадением кинестетического афферентного звена речевой системы. Нарушается возможность появления четких ощущений, поступающих от артикуляционного аппарата в кору больших полушарий во время речевого акта, больной путает близкие по артикуляции звуки («д» — «л» — «н»), например: «халат» — «хадат» и т. д. Часто наблюдается нарушение орального (неречевого) праксиса. Больной не может надуть щеки, высунуть язык и т. п.

Семантическая афазия связана с областью стыка височных, теменных и затылочных зон левого полушария (третичные зоны коры). А. Р. Лурия установил, что у таких больных нарушается понимание определенных логико-грамматических конструкций: тех, которые отражают одновременный симультанный анализ и синтез явлений, когда для понимания выражения требуется одновременное представление нескольких явлений. Больные не понимают пространственные отношения, выраженные с помощью предлогов («круг под крестом» или «круг над крестом»), слова с суффиксами, сравнительные отношения (длиннее, светлее и т. п.), конструкции родительного падежа (отец брата, брат отца), временные конструкции («прежде чем позавтракать, я прочитал газету»), пространственные конструкции (не понимает, что правильно — «Земля освещает солнце» или «Солнце освящает землю»). Как правило, эта форма афазии сопровождается дефектами счетных операций (акалькулия).

Эфферентная моторная афазия связана с поражением нижних отделов премоторной области (зона Брока). Распадается двигательная сторона речевого акта, нарушается четкая временная последовательность речевых движений, больной не может переключиться с одной артикулемы на другую, с одного слова на другое, возникают речевые персеверации, которые проявляются и в письме. Слияние отдельных слов в плавную речь у таких больных невозможно.

Динамическая афазия связана с поражением средне- и заднелобных отделов коры левого полушария. В основе этой формы афазии лежат нарушения сукцессивной (или развернутой) организации речевого высказывания. У больных страдает внутренняя схема речевого высказывания, его замысел, поэтому их речь бедная, преимущественно диалогическая, снижено использование глаголов, наблюдается эхолалия, персеверация слов и использование речевых стереотипов. Наблюдаются дефекты и внешней, и внутренней речи. Распадается ее предикативность, т. е. имеются трудности в построении высказывания, встречаются аграмматизмы в виде пропуска глаголов, предлогов, встречается употребление шаблонных фраз.

Афазии возникают при поражении разных уровней организации речи, связаны с состоянием других психических процессов (восприятия, памяти, представлений), а также с эмоционально-волевой сферой личности. Поэтому возникновение афазий приводит к дезинтеграции всей психической сферы. Специальные исследования изменения личности при афазиях выявили их специфику при разных ее формах /3/. Таким образом, афазии следует рассматривать как многофакторное явление, связанное со всей психической сферой личности.

Контрольные вопросы

1. Охарактеризуйте особенности импрессивной речи.
2. Охарактеризуйте особенности экспрессивной речи.
3. Перечислите элементы лингвистической структуры речи.
4. Что такое афазия?
5. В чем отличие афферентной моторной афазии от эфферентной?
6. Отражается ли на речевой функции поражение правого полушария мозга?
7. Каковы основания классификации афазий по А. Р. Лурия?
8. Роль лобных отделов в организации речи.
9. В чем разница между функциональной организацией повторной речи и называнием?
10. Какую роль играет в организации речи правое полушарие мозга?

3.5. Нарушение внимания при локальных поражениях мозга.

Как известно, в психологии не существует единой точки зрения на проблему внимания. Это проявляется и в определении внимания как психического явления, и в объяснении различных видов и уровней внимания. Его трактуют и как сенсорный феномен, и как фактор, обеспечивающий селективность протекания всех психических процессов (С. Л. Рубинштейн), и как фактор, способствующий селективности не только психических процессов, но и эмоционально-волевых. Последняя точка зрения, как считает Е. Д. Хомская, в большей степени отвечает современным представлениям и поэтому лежит в основе нейропсихологического подхода к вниманию. Всякая организованная психическая деятельность человека характеризуется определенной избирательностью: из всей информации человек выбирает наиболее сильную или существенную, соответствующую интересам и намерениям. Эту избирательность принято называть вниманием, понимая под ним тот фактор, который выделяет существенные для психической деятельности элементы. Существует произвольное и непроизвольное внимание (непосредственная ориентировочная реакция). Физиологическими индикаторами внимания являются: изменение сердечной деятельности, дыхания, КГР, появление медленных потенциалов в коре больших полушарий. Е. Д. Хомская утверждает, что нейропсихологическое исследование различных форм нарушения внимания может дать многое для выявления как общих закономерностей, свойственных всем видам внимания, так и специфическим, характерным только для того или иного вида /41/.

Еще недавно считалось, что внимание не связано с какими-то определенными структурами мозга, и что его нарушение (в виде ослабления, снижения объема, нарушения концентрации и т. д.) проявляется у любого больного человека, независимо от локализации поражения мозга. А. Р. Лурия рассматривал внимание как сложную функциональную систему, в организации которой принимают участие различные структуры мозга, каждая из которых вносит свой вклад в обеспечение данной функции. Нейропсихологические исследования позволили выделить два типа нарушения внимания — модально-неспецифические и модально-специфические. Первые характерны для больных с поражением неспецифических структур мозга:

— нижние отделы ретикулярной формации (уровень продолговатого мозга и среднего мозга) являются основными механизмами перехода от сна к бодрствованию и обеспечивают элементарные формы внимания (генерализованное состояние внимания). При их поражении возникает быстрое истощение, резкое сужение объема и нарушение концентрации внимания в любом виде деятельности. Может быть компенсировано при усилении речевого контроля;

— уровень диэнцефальных отделов мозга и лимбической структуры обеспечивают уровень активности. Кроме того, гиппокамп содержит нейроны, отвечающие на модально-специфические раздражения и проводящие сличение старых и новых раздражителей. В результате они обеспечивают реакцию на новые сигналы или их свойства, наряду с угашением реакции на старые, уже привычные раздражители. Поэтому гиппокамп выполняет роль «фильтрующего аппарата», который необходим для избирательных реакций на специфические раздражители;

— лобные доли (медиобазальные отделы мозга) обеспечивают торможение реакции на любые побочные раздражители и сохранение направленного программированного поведения (произвольное внимание).

При нарушении рассмотренных отделов мозга наступают следующие дефекты внимания:

— при поражении ретикулярной формации ухудшаются все свойства внимания (объем, концентрация, устойчивость, переключение, распределение). В тяжелых случаях больные находятся в полусонном состоянии, посторонние раздражители вплетаются в течение их мыслей, сознание становится спутанным;

— при поражении гиппокампа нет отчетливых нарушений гнозиса и праксиса, но наблюдаются выраженные нарушения избирательности. Они проявляется в повышенной отвлекаемости больного, быстром прекращении активной деятельности, легком всплывании ассоциаций;

— при поражении лобных отделов мозга ориентировочные реакции могут быть сохранны и даже патологически усилены. Налицо диссоциация между резко ослабленным произвольным вниманием и патологическим усилением непроизвольного. У такого больного нельзя вызвать устойчивое произвольное внимание по речевым инструкциям /22, 41/.

Второй аспект нарушения внимания — модально-специфическая патология внимания, которая проявляется только по отношению к стимулам одной модальности (в зрительной, слуховой, тактильной сфере) и заключается в игнорировании тех или иных стимулов (специфические для данной модальности трудности осознания стимула). Выделяют зрительное невнимание, слуховое невнимание, двигательное невнимание. В их основе лежит изменение локальных активационных процессов, которые развиваются в корковых зонах соответствующего анализатора. Модально-

специфическое внимание может избирательно нарушаться при локализации очага поражения в корковых зонах определенных анализаторных систем /41/.

Контрольные вопросы

1. При каких поражениях головного мозга искажается, нарушается ориентировочная реакция?
2. Роль первого и третьего блоков мозга в обеспечении процессов внимания.
3. Какой вид внимания нарушен при поражении лобных отделов мозга — произвольное или непроизвольное?
4. Особенности ориентировочных реакций при поражении лобных отделов мозга.
5. Какая структура мозга обеспечивает избирательность внимания?
6. В чем разница между модально-специфическими и модально-неспецифическими формами внимания?
7. Выделите основные элементы функциональной системы «внимание».
8. Что такое «нейроны внимания»?
9. Как скажется поражение ретикулярной формации на организации внимания?
10. Почему при поражении лобных отделов мозга больного нельзя заставить выполнять какое-либо задание?

3.6. Нарушения памяти при локальных поражениях мозга.

В нейропсихологии память рассматривают как сложную функциональную систему, в организации которой принимает участие целая система совместно работающих аппаратов мозговой коры и нижележащих образований. Каждый из этих аппаратов вносит свой специфический вклад в организацию мнестических процессов, поэтому разрушение или патологическое состояние любого из них неизбежно скажется на мнестической деятельности в целом. Нарушения памяти бывают самые разнообразные. Выделяют гипомнезию, гипермнезию, парамнезию и амнезию. Но характер этих нарушений будет зависеть от того, какое именно звено пострадает. Гипомнезия проявляется в ослаблении всех видов памяти. Она может быть связана с возрастными изменениями либо является следствием каких-либо заболеваний. Для гипермнезии характерно резкое увеличение объема и прочности запечатления материала. Это явление подробно описано А. Р. Лурия на примере репортера Н. Шершевского в «Маленькой книжке о большой памяти» /20/. Парамнезия — это особое состояние, когда человек испытывает ощущение «знакомости» при встрече с незнакомыми объектами. Эти обманы памяти связаны с измененными состояниями сознания. И, наконец, амнезии, особый тип аномалий памяти, проявляющийся в значительном отсутствии или ослаблении памяти. Среди амнезий особую группу составляют амнезии, возникающие при локальных поражениях мозга. А. Р. Лурия выделил два типа нарушения памяти при локальных поражениях мозга — модально-специфические и модально-неспецифические /22, 38, 41/.

Под модально-неспецифическими нарушениями памяти в нейропсихологии понимают такие патологические явления, которые проявляются во всех видах, формах и процессах памяти. Основным условием запечатления всех следов информации является сохранение оптимального тонуса коры больших полушарий, который связан с активностью ретикулярной формации. Снижение коркового тонуса является основным фактором, который приводит к модально-неспецифическим нарушениям памяти (снижение продуктивности процессов запечатления, сохранения и воспроизведения информации). Но в зависимости от уровня поражения неспецифических структур, модально-неспецифические нарушения памяти носят разный характер:

— на уровне продолговатого мозга нарушения памяти проявляются в виде синдрома нарушения сознания, внимания, нарушения сна и бодрствования;

— на уровне гиппокампа наблюдаются нарушения кратковременной памяти, ее повышенная ранимость, подверженность следов влиянию интерференции. П. Милнер утверждает, что структуры гиппокампа обеспечивают общую способность запечатлевать следы текущего опыта /25/. У больных с массивными поражениями этих структур наблюдается полная невозможность сохранить следы текущего опыта, что проявляется в синдроме грубой дезориентировки больного в месте, времени и происходящих с ним событиях. Он не может вспомнить, что было 15-20 минут назад.

Для всех модально-неспецифических нарушений памяти характерно то, что, во-первых, их можно выделить в любой сфере деятельности больного (забывание намерений, забывание выполненных действий и т. п.). Во-вторых, они одинаково проявляются как в элементарном,

непреднамеренном запечатлении, так и в произвольной мнестической деятельности. И, наконец, при массивных поражениях данных структур возникают грубые нарушения сознания (симптомы растерянности и спутанности).

Модально-специфические нарушения памяти составляют второй тип мнестических дефектов, встречающихся в клинике локальных поражений головного мозга. Они возникают при поражении аппаратов второго и третьего функциональных блоков, связаны со стимулами определенной модальности и распространяются только на раздражители, которые адресуются лишь к одному анализатору. К этим патологиям относят нарушения зрительной памяти, слухоречевой, музыкальной, тактильной, двигательной. Они отличаются тем, что эти дефекты не бывают глобальными, никогда не вызывают нарушения расстройств сознания, носят характер распада мнестической основы отдельных, модально-специфических операций.

В зависимости от локализации очага поражения можно выделить следующие модально-специфические нарушения памяти:

— при поражении средних отделов вторичных зон височной области левого полушария возникают нарушения слухоречевой памяти (акустико-мнестическая афазия), заключающиеся в невозможности удержать в памяти даже несколько слов. Следует отметить, что этот дефект слухоречевой памяти выступает в изолированной форме, у больных нет расстройства фонематического слуха;

— при поражении теменно-затылочной области левого полушария возникает амнестическая афазия, проявляющаяся в невозможности удержать в памяти зрительные структуры, включающие пространственные отношения. У этих больных нарушаются зрительные представления объектов, но нет никаких гностических зрительных расстройств.

В литературе описаны нарушения пространственной памяти, цветовой, музыкальной и памяти на лица /21, 31, 41/. Рассмотренные случаи нарушения памяти вызывают дефекты операций запоминания и припоминания, но никогда не превращаются в нарушение самой структуры мнестической деятельности, сохраняя возможность компенсации дефекта.

Активная мнестическая деятельность, как любая психическая деятельность, всегда опирается на цель, мотив, задачи запоминания, определенную программу, выбор соответствующих мнемотехнических средств, длительность удержания. Иными словами, она носит активный, целенаправленный, осознанный характер, а любая целенаправленная деятельность связана с активностью лобных отделов мозга. При их массивных поражениях нельзя вызвать ни прочного и активного намерения запомнить информацию, ни активного поиска средств и способов запоминания. Активная мнестическая деятельность превращается в пассивное запечатление предлагаемого материала. Заучивание имеет характер стереотипного повторения (кривая запоминания в виде «плато», когда повторение не приводит к увеличению объема запомненного материала). Такое нарушение называется «псевдоамнезия», так как у «лобных» больных нет первичных нарушений мнестических процессов, а страдает общая организация любой произвольной деятельности вообще.

Контрольные вопросы

1. Механизм модально-неспецифических нарушений памяти.
2. Характеристика модально-специфических нарушений памяти.
3. Структура нарушения памяти как мнестической деятельности.
4. Роль первого, второго и третьего блоков мозга в организации процессов памяти.
5. Перечислите виды нарушений памяти.
6. Чем отличаются модально-специфические нарушения памяти от модально-неспецифических?
7. При каком виде нарушения памяти возможны грубые расстройства сознания?
8. В каком случае возникают нарушения слухо-речевой памяти?
9. В чем суть амнестической афазии?
10. Какую роль в организации памяти играет гиппокамп?

3.7. Нарушения движений и действий при локальных поражениях мозга.

Произвольные движения и действия относятся к числу наиболее сложных психических функций человека. Они участвуют в реализации разнообразных форм поведения (устной и письменной

речи, рисования, лепки и пр.). В современной психологии проблемой движений и действий занимались И. М. Сеченов, И. П. Павлов, Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, А. Р. Лурия, но важнейшая роль, вне всякого сомнения, принадлежит Н. А. Бернштейну и П. К. Анохину. Физиологический подход к построению движений, разработанный Н. А. Бернштейном, исходит из особенностей афферентных систем. Они обеспечиваются разными уровнями нервной системы, на каждом из которых имеют свой характер и опосредуют различные типы движений и действий. При выполнении движения решающее звено перемещается от афферентных к эфферентным системам, сигнализирующим как о положении конечности в пространстве, так и о состоянии мышечного аппарата, учитывая «модель потребного будущего» /30/. Эта система обратной афферентации включает зрительную афферентацию (зрительно-пространственные координации), систему кинестетических сигналов (общий тонус мышц, равновесие, положение в пространстве), контроль над выполнением действий и коррекцию ошибочных действий. В результате поступления афферентных сигналов происходит сличение параметров результата выполняемого действия с исходным намерением (акцептор результата действия по П. К. Анохину) /5/.

На ранних этапах развития млекопитающих существовала единая сенсомоторная область, содержащая афферентные (кинестетические) и двигательные клетки, но постепенно эти элементы подготовки и реализации движений разделились. У человека задние отделы сенсомоторной коры, обеспечивающие эфферентную организацию движений, выделились в постцентральную область (второй функциональный блок мозга). А передние, участвующие в эфферентной организации движений, — в моторную и премоторную области (третий функциональный блок мозга).

А. Р. Лурия уточнил конкретный состав корковых зон, участвующих в мозговой организации движений и действий, и включил в понятие «двигательный анализатор» не только моторные, но и сенсорные и ассоциативные корковые поля. Поэтому принято выделять афферентную и эфферентную стороны в организации движений.

Афферентная организация движений обеспечивается постцентральными (кожно-кинестетическими) отделами коры, расположенными кзади от центральной извилины и состоящими из первичных и вторичных зон. Для первичных зон характерно мелкоклеточное строение (с преобладанием шестого афферентного слоя), соматотопическая организация (нижние конечности представлены в верхних отделах, верхние — в средних, а лицо, губы, язык — в нижних отделах первичных зон теменной коры противоположного полушария) и функциональный принцип организации. При поражении первичных отделов постцентральной коры можно выделить:

— выпадение чувствительности в соответствующем сегменте тела;

— афферентный парез: больной не может производить тонкие дифференцированные движения, поскольку отсутствует кожно-кинестетическая афферентация движений;

— двигательные импульсы теряют дифференцированный характер и перестают доходить до нужной группы мышц, и движение не выполняется.

Вторичные отделы постцентральной коры надстроены над первичными, сохраняют модальную специфичность, но теряют соматотопическую организацию, их нейроны реагируют на более комплексные раздражители, более распространенные ощущения. При их поражении возникают различного рода апраксии. Под апраксиями понимают такие нарушения движений и действий, которые не сопровождаются частными элементарными двигательными расстройствами (в виде параличей и парезов), грубыми нарушениями мышечного тонуса. Это нарушения произвольных движений, совершаемых с предметами:

— отсутствуют грубые нарушения чувствительности, но страдают комплексные формы кожно-кинестетической чувствительности (невозможен синтез отдельных ощущений в целостную структуру);

— *астериогноз* (не узнает на ощупь предъявляемые предметы в контралатеральной руке);

— *афферентная апраксия* — нарушается непосредственная афферентная основа движений: рука, не получающая нужных афферентных сигналов, не может выполнить тонкие дифференцированные движения, не может адекватно приспособиться к характеру предмета (симптом «рука-лопата»);

— *афферентная моторная афазия* — если поражение распространяется на нижние отделы постцентральной коры, нарушается организация движений речевого аппарата: невозможно найти положение губ и языка, необходимые для артикуляции соответствующих звуков речи.

Постцентральные отделы коры оказывают модулирующее влияние на первичные проекционные зоны двигательной коры больших полушарий. Первичные зоны (моторная кора) расположены в пределах передней центральной извилины, состоят из гигантских пирамидных клеток Беца (пятый эфферентный слой), которые являются началом двигательного пирамидного пути и имеют соматотопическое строение.

Вторичные зоны (премоторная кора) обеспечивают превращение отдельных двигательных импульсов в последовательные «кинетические мелодии». В основе движения лежит цепь сменяющих друг друга импульсов. На начальной стадии эта цепь состоит из серии изолированных импульсов, но постепенно они объединяются в целые кинетические структуры или «кинетические мелодии» (одного импульса достаточно, чтобы вызвать целый динамический стереотип автоматически сменяющих друг друга звеньев — двигательный навык). Премоторная кора состоит из мелких пирамид, не имеет соматотопического строения, раздражение, как правило, распространяется на большие участки. При поражении нижних отделов премоторной коры возникает кинетическая апраксия, проявляющаяся в нарушении последовательной, временной организации двигательных актов. Нарушаются двигательные навыки (страдает плавный процесс смены иннервации и денервации мышц), возникает инертность двигательных стереотипов, отмечена персеверация движений /22, 41/.

Произвольные движения и действия — это целый набор двигательных актов, регулируемых различными уровнями (структурами) и управляемых разного рода афферентными импульсами и ведущими афферентациями. Рассматривая движения и действия как сложную функциональную систему, состоящую из нескольких компонентов, А. Р. Лурия описал структуры мозга, обеспечивающие выделенные компоненты /22/:

Лобные отделы мозга — аппарат, обеспечивающий формирование стойких намерений, определяющих сознательное поведение человека. Они поддерживают и регулируют общий тонус коры больших полушарий, обеспечивают создание, сохранение, выполнение программы действий и контроль над ее протеканием. При поражении лобных долей, как правило, нет дефектов в исполнительном звене двигательного акта, но распадается программированная целенаправленная деятельность. Возникает регуляторная апраксия, проявляющаяся в том, что выполнение намеченной программы заменяется бесконтрольно всплывающими инертными стереотипами, больные не замечают своих ошибок, утрачивают контроль над результатами действий.

Третичные зоны второго блока мозга (зоны ТРО) участвуют в пространственной организации движений. При их поражении возникают нарушения в построении движений в пространстве — конструктивная апраксия (или пространственная апраксия). Больные не могут выполнить элементарные действия, требующие четких пространственных координат, но сохраняют сложные движения, не требующие таких координат (например, выстукивание ритма).

Постцентральные отделы коры больших полушарий мозга обеспечивают кинестетическую афферентацию движений. Только постоянное поступление кинестетических импульсов от двигательного аппарата обеспечивает сигналы о положении суставов и состоянии мышц, что приводит к четкой адресации эфферентных импульсов. При поражении возникают афферентный парез и афферентная апраксия.

Премоторные зоны коры больших полушарий обеспечивают организацию серии движений, денервацию уже выполненных звеньев двигательного акта, плавное переключение на последующие звенья.

Моторные зоны коры больших полушарий являются началом двигательного пирамидного пути и передают возбуждение к отдельным мышечным волокнам.

Стриопаллидарная система (подкорковые узлы) обеспечивает постоянное изменение тонуса мышц, регуляцию медленных плавных движений и поддержание позы.

Передние отделы мозолистого тела обеспечивают координацию движений обеих рук.

Таким образом, произвольные движения и действия человека представляют собой сложную функциональную систему, осуществляемую одновременной работой разных зон мозга, каждая из которых вносит свой вклад в построение движений. Поражение любой из этих зон приводит к нарушению нормальной организации двигательного акта.

Контрольные вопросы

1. В чем суть афферентной организации движений?
2. В чем суть эфферентной организации движений?
3. Какие отделы мозга обеспечивают синтез отдельных двигательных импульсов в кинетические мелодии?
4. Мозговые механизмы элементарных двигательных персевераций.
5. Опишите явление афферентного пареза; каковы его механизмы?
6. Что нового внес Н. А. Бернштейн в представления об организации движений?
7. Какую роль в организации движений играют лобные отделы мозга?
8. Перечислите уровни организации движений и действий.

9. За что отвечают задние третичные зоны коры больших полушарий в организации движений?

10. Является ли моторная кора единственным источником произвольного движения и активного действия?

3.8. Нарушения мышления при локальных поражениях мозга.

Нейропсихология мышления относится к числу мало разработанных разделов нейропсихологии. Следует отметить, что современная психология рассматривает мышление как активную психическую деятельность, направленную на решение определенной задачи. Как известно, мыслительная деятельность проходит стадию предварительной ориентировки в условиях задачи, стадию формирования программы и выбора средств решения задачи, стадию непосредственного осуществления мыслительных операций, стадию контроля за промежуточными и конечными результатами, стадию сличения конечного результата с условиями задачи и ожидаемым результатом.

А. Р. Лурия, описывая нейропсихологические синдромы поражения различных отделов левого полушария мозга (у правшей), выделяет несколько типов нарушения интеллектуальных процессов при поражении височных, теменно-затылочных, премоторных и префронтальных отделов мозга /22, 41/.

При поражении *левой височной области* нарушается звуковая структура речи, в то время как ее семантическая сторона остается сохранной. Поэтому у больных страдает способность выполнять последовательные вербальные операции, для осуществления которых необходима опора на речевые связи или их следы. Но, как указывает Е. Д. Хомская, у них сохраняется непосредственное понимание наглядно-образных и логических отношений. Они могут правильно оперировать пространственными отношениями элементов, выполнять арифметические операции (в письменном виде), решать задачи на поиск последовательности наглядно развертывающегося сюжета (серии сюжетных картин) /41/.

При поражении *теменно-затылочных отделов* мозга страдает комплексный синтез элементов в группы. В данном случае дефект интеллектуальной деятельности связан с нарушением наглядно-образного мышления, требующего выполнения операций на пространственный анализ и синтез. У больных сохранно намерение выполнить ту или иную задачу, они могут составить план действий, но не могут выделить наглядные признаки и их пространственные отношения, например, в задачах на «конструктивный интеллект» (например, кубики Кооса). В этих задачах элементы, на которые распадается модель, не соответствуют тем элементам, из которых может быть составлена конструкция. Кроме того, у больных нарушено выполнение арифметических действий из-за первичной акалькулии.

Поражение *премоторных отделов левого полушария* головного мозга приводит к изменению динамики мыслительного процесса. В основе лежит дефект внутренней речи: нарушен процесс «развертывания» речевого замысла и процесс «свертывания» речевых структур, необходимый для понимания смысла текста. В обоих случаях наблюдается изменение последовательности речевых процессов и, как следствие, нарушение динамики вербально-логического мышления, распад свернутых «умственных действий» (арифметических, вербальных и т. п.), патологическая инертность интеллектуальных актов. Но у таких больных сохранны пространственные операции и понимание логико-грамматических конструкций, отражающих пространственные отношения.

При поражении *префронтальных отделов* мозга расстройства интеллектуальной деятельности носят сложный характер. Во-первых, они возникают вследствие нарушения ее структуры: у больных выпадает стадия ориентировки в условиях задачи, они импульсивно начинают выполнять случайные действия, не сличая их с исходными целями. Во-вторых, нарушаются операции с понятиями и логическими отношениями, страдает избирательность семантических связей. В-третьих, для лобных больных характерна общая интеллектуальная инактивность.

Как показали исследования нейронной активности при решении различных умственных задач, любая интеллектуальная деятельность сопровождается активацией различных корковых и подкорковых структур.

Контрольные вопросы

1. Наглядное (конструктивное) мышление и факторы его нарушения.

2. Вербально-логическое мышление и факторы его нарушения.

3. Особенности нарушения мышления при поражении лобных долей мозга.

4. Что общего и в чем различия в мозговой организации вербально-логического и наглядно-образного типов мышления?

5. Особенности нарушения интеллектуальных процессов при поражении премоторных отделов левого полушария.

6. Способен ли лобный больной замечать свои ошибки; ошибки, допускаемые другими людьми?

7. Особенности нарушения мышления при поражении теменно-затылочных отделов.

8. Особенности нарушения мышления при поражении левой височной области.

3.9. Нарушения эмоций при локальных поражениях мозга.

Один из корифеев отечественной психофизиологии Ю. А. Александров говорит, что в настоящее время пока еще не существует единой, общепризнанной теории эмоций /29/. Однако исследования А. Н. Леонтьева, В. К. Вилюнаса, О. К. Тихомирова и других внесли значительный вклад в теоретическую разработку этой проблемы. Были выделены особенности эмоций как внутренних регуляторов деятельности, изучена их связь с познавательными процессами, описаны основные параметры эмоций (знак, интенсивность, длительность, реактивность, степень осознанности, степень произвольного контроля). Эти параметры характеризуют и эмоциональное состояние, и эмоциональное реагирование, могут характеризовать любую эмоцию, как в норме, так и при различных патологиях. В современной психологии эмоции рассматриваются как сложные системные психологические образования, включенные в различные виды психической деятельности и базирующиеся на различных потребностях. Хотя изучение мозговой организации эмоций сравнительно новая область нейропсихологии, но основные ее положения уже сформулированы. Доказано, что эмоции имеют сложную мозговую организацию и разные по локализации очаги поражения вызывают нарушения эмоций по знаку, интенсивности, длительности и самооценке.

Т. А. Доброхотова и Н. Н. Брагина выделяют три структуры мозга, поражение которых связано с эмоциональными нарушениями: гипофизарно-таламическая, височная и лобная области мозга /12/.

Поражения гипофизарно-гипоталамической области проявляются в постепенном обеднении эмоций, исчезновении выразительных средств (мимики) на фоне изменения психики в целом. Поражения височной области мозга характеризуются устойчивыми депрессиями и яркими параксизмальными аффектами на фоне сохранных личностных свойств. Поражения лобных областей мозга приводят к обеднению эмоций, появлению «эмоционального безразличия», «эмоционального паралича» или эйфории в сочетании с грубыми изменениями всех психических процессов и личности больного (некритичность, исчезновение чувства ответственности, нарушение системы отношений). Клинические наблюдения над этими больными, описанные в литературе /12, 22, 41, 44/, показали, что эмоциональные нарушения имеют выраженный латеральный характер. При поражении правого полушария эмоциональные нарушения выражены ярче, чем при поражении левого полушария, отмечается лабильность эмоциональных реакций, неспособность к эмоциональному контролю. При поражении левого полушария характерны депрессивные состояния в виде приступов тревоги, беспокойства, страха. Е. Д. Хомская говорит о существовании двух различных симптомов нарушения эмоций при поражении правой и левой долей, которые складываются из признаков нарушения эмоций по знаку, интенсивности и самооценки.

В нейропсихологической литературе нарушения эмоций входят в описание различных нейропсихологических синдромов. Наиболее выраженные эмоционально-личностные изменения, как показал А. Р. Лурия с сотрудниками, возникают при массивных поражениях лобных долей мозга, сопровождающихся грубыми изменениями поведения. Большинство авторов при этом подчеркивают, что эмоциональные изменения зависят не только от локализации очага, но и от ряда других факторов: таких, как возраст больного, его исходные эмоционально-личностные особенности, характер патологического процесса, и др.

Исследование нарушения эмоций при локальных поражениях мозга позволит раскрыть закономерности нормального состояния.

Контрольные вопросы

1. Перечислите основные характеристики эмоций.

2. Как проявляются нарушения эмоций при поражении гипофизарно-гипоталамической области?

3. Какие нарушения эмоций возникают при поражении височной области?

4. В чем разница нарушения эмоций при поражении левого и правого полушарий мозга?

5. Какие нарушения эмоциональной сферы возникают при поражении лобных отделов мозга?

Раздел 4. Возможности практического применения нейропсихологии.

4.1. Проблема восстановления высших психических функций.

В результате разного рода травм или заболеваний мозга у человека могут возникнуть самые разнообразные нарушения психических функций (речевых, мнестических, интеллектуальных и пр.). Чтобы компенсировать эти нарушения, необходима работа по восстановлению нарушенных психических функций. Эта проблема имеет долгую историю. Л. С. Выготский справедливо отметил, что решение проблемы восстановления ВПФ всегда находилось в зависимости от тех представлений о строении и распаде ВПФ и их механизмах, которые имели место в соответствующий период /14, 15/. Так, узкие локализационисты утверждали, что пострадавшая функция не восстанавливается, а антилокализационисты, наоборот, рассматривали возможность спонтанного восстановления ВПФ. В период Великой Отечественной войны возникла реальная необходимость помочь тысячам людей с травмами мозга вернуться к нормальной жизни. Вопрос о возможности восстановления высших психических функций был принципиально пересмотрен А. Р. Лурия, который заложил основы восстановительного обучения с помощью перестройки функциональных систем. Он опирался на положение о дезинтеграции психических процессов, выдвинутое английским неврологом X. Джексоном еще в XIX в. Согласно этому положению при локальных поражениях мозга функция не выпадает полностью, а наступает ее дезинтеграция, выпадает (или нарушается) лишь одно звено (фактор), распад которого и ведет к системному дефекту функции. Очаговое поражение, разрушая лишь какое-либо одно звено функциональной системы, приводит к нарушению работы всей системы. Однако функциональная система может восстанавливаться, если в нее будут включены новые, сохранные звенья.

В годы войны А. Р. Лурия с другими советскими психологами (А. В. Запорожцем, Б. Г. Ананьевым, А. Н. Леонтьевым и др.) были разработаны научно обоснованные методы восстановления различных психических функций — двигательных, гностических, речевых, интеллектуальных. Наибольшие успехи были связаны с восстановлением речи и памяти. Было установлено, что при организации восстановительного обучения необходим предварительный нейропсихологический анализ психологической структуры расстройства речевых и других высших психических функций. Лишь после такого анализа могут быть выбраны соответствующая программа и методика восстановительного обучения, в котором нуждаются больные, перенесшие инсульт, различного рода травмы мозга, аневризмы и т. д. /21, 31, 39, 48/.

Каждое локальное поражение мозга, возникающее в результате самых разных причин (травм, опухолей, кровоизлияний) имеет сложное строение. Некоторые нервные элементы разрушаются и полностью выпадают из функционирования, другие же остаются сохранными, но физиологически приходят в состояние инактивации — блокирования или торможения функциональной системы. В зависимости от особенностей возникновения очага поражения, его локализации, величины, могут быть использованы разные способы восстановления нарушенной функции: спонтанное восстановление, растормаживание, викариат, перестройка функциональных систем.

Под *спонтанным восстановлением понимают самостоятельное восстановление функции без вмешательства извне.* А. Р. Лурия указал на несколько возможных ситуаций, которые могут привести к спонтанному восстановлению:

— если поражение не разрушает мозговое вещество, а лишь временно угнетает участки мозга. Когда оно исчезает, функция восстанавливается по механизму «диашиза» (вследствие растормаживания инактивных нервных структур). Как правило, каждое очаговое поражение сопровождается явлениями отека и набухания, гемодинамическими сдвигами, иногда снижением нормального тонуса корковых клеток в связи с расстройствами функций ретикулярной формации. В результате временного торможения психические функции находятся в инактивном состоянии. По мере ликвидации этих патологических явлений временно выпавшие функции восстанавливаются в их прежнем виде;

— перемещение данной функции с одних участков мозга на другие, которые компенсируют дефект (спонтанное замещение разрушенных участков мозговой ткани соседними);

— переход функции «вниз», к системе двигательных подкорковых элементов данного полушария, или перемещение, к соответствующим зонам правого полушария.

Исследования западных ученых позволили выделить ряд факторов, влияющих на возможность спонтанного восстановления высших психических функций /45, 48/: этиология поражения, его

локализация, обширность, исходная степень тяжести нарушения, а также доминантность полушарий.

Растормаживание функций. Как известно, процесс проводимости нервного импульса, обеспечивающего нормальную работу нейронных комплексов, протекает при участии синаптических аппаратов (медиаторов), передающих импульс с одного нейрона на другой. Основной путь восстановления функции в этом случае — восстановление синаптической проводимости либо с использованием фармакологических препаратов, либо с помощью специальных психолого-педагогических приемов. Л. С. Цветкова к таким приемам относит используемые при восстановлении речи приемы повторения, заканчивания фраз, порядкового счета, ритмико-мелодические приемы и пр. /45, 48/.

Викариат. Способ восстановления функции, предполагающий ее перемещение в другие, сохранные отделы полушарий. Долгое время данный путь считался основным. Но практика показала, что он возможен только в тех случаях, когда речь идет о функции, осуществляющейся при участии обоих полушарий мозга. Морелл показал, что при работе определенных отделов одного полушария на длительное время изменяется возбуждение и симметричных пунктов другого полушария (возникают так называемые «зеркальные фокусы»). Всякая работа мозга вовлекает фактически оба полушария, симметричное полушарие участвует в работе непосредственно действующего полушария, пусть и на особых ролях. Но наряду с этим ряд исследователей (Пенфилд, Робертс) отрицают всякую возможность викариата у взрослых, допуская его только у детей.

Восстановление функций путем перестройки функциональных систем. Еще М. Флуранц в XIX в. обратил внимание на легкость восстановления функций у животных при нарушении их функциональных систем, поскольку животное с повреждениями начинает выполнять функции новыми средствами (причем спонтанно). Но у человека перестройка функциональных систем возможна только путем специального восстановительного обучения. Разработав его основные положения, А. Р. Лурия предложил также приемы внутрисистемной и межсистемной перестройки функциональных систем. Как подчеркивает Л. С. Цветкова, данный способ восстановления высших психических функций оказался самым эффективным, хотя и очень трудоемким.

Внутрисистемная перестройка предполагает включение сохранных звеньев нарушенной системы, использование тех афферентаций функциональной системы, которые имелись в онтогенезе, а у взрослого человека ушли в «запасной фонд», уступив место ведущим афферентациям. Восстановление высших психических функций строится так, чтобы нарушенное звено было замещено резервным. Например, в случае распада фонематического слуха наступает и нарушение функции письма, поскольку страдает слуховая афферентация. Письмо может быть восстановлено, если будут актуализированы зрительно-пространственные представления, зрительный образ слова, который надо написать. Эти зрительно-пространственные афферентации входят в функцию письма на начальном этапе, но постепенно уходят в тень.

Межсистемная перестройка предполагает включение в функциональную систему новых звеньев. Заново сконструированная функциональная система способна выполнять необходимые задачи, реализуя нарушенную функцию /45, 47, 48/. Примером может служить восстановление функции чтения у людей с грубыми дефектами зрения. Включение в эту функцию кожно-кинестетического анализатора меняет ее состав, но позволяет обеспечить исходную задачу — чтение информации.

В ряде случаев устранить дефект можно, только изменяя установки личности. Торможение функций в результате возникновения щадящей установки были описаны А. Н. Леонтьевым и А. В. Запорожцем. Они указывают, что при контузиях может возникнуть психогенная реакция, в результате которой восстановление функции бывает чрезвычайно затруднено. Как правило, в этих случаях торможение захватывает целые функциональные системы. Лишь при изменении установки личности заторможенную функцию можно включить в систему активно действующих процессов /45, 47, 48/.

Современные представления о высших психических функциях, о закономерностях их нарушения, путях их восстановления позволили сформулировать главные задачи восстановительного обучения: восстановление нарушенной функции как психической деятельности, а не приспособление больного к дефекту и возвращение больного в нормальную, а не в упрощенную среду жизнедеятельности.

Л. С. Цветкова описывает ряд принципов восстановительного обучения, разработанных под руководством А. Р. Лурия. Их условно делят на психофизиологические, психологические и психолого-педагогические.

К первым, психофизиологическим, можно отнести:

— *принцип квалификации дефекта* (нейропсихологический анализ нарушенной функции и выявление его механизма, т. е. первичного дефекта, лежащего в основе нарушения);

— *принцип использования сохранных анализаторных систем в качестве опоры при обучении*. В ряде случаев пораженное звено функциональной системы может быть заменено сохранным;

— *принцип опоры на разные уровни организации психических функций*. Восстановительное обучение должно учитывать наличие разных уровней организации функциональной системы и использовать сохранные уровни нарушенных функций для их восстановления;

— *принцип опоры на сохранные психические функции*, взаимодействующие с пострадавшей (например, на речь, память, интеллект);

— *принцип контроля*, исходящий из положения о том, что лишь постоянный поток обратной информации обеспечивает слияние выполняемого действия с исходным намерением и своевременную коррекцию допускаемых ошибок (П. К. Анохин, Н. А. Бернштейн, А. Р. Лурия).

К психологическим принципам относятся:

— *принцип учета личности больного*. Восстановительное обучение должно исходить из задач лечения человека, восстановления нарушенной функций у больного, а следовательно, опирается на мотивационную сферу деятельности;

— *принцип опоры на сохранные формы вербальной и невербальной деятельности больного*. Опора на прошлый опыт больного позволяет перенести пострадавшую функцию на другой, более низкий и доступный, уровень ее осуществления;

— *принцип опоры на предметную деятельность*. Как известно, психические процессы формируются в предметной, специально организованной деятельности. Естественно, что их восстановление должно идти в тех же условиях;

— *принцип программированного обучения* предусматривает разработку программ, состоящих из ряда последовательных операций, выполнение которых приводит к реализации нарушенного умения.

Психолого-педагогические принципы — это:

— *принцип «от простого к сложному»*. При этом главное — определить, что именно является сложным или простым при данном нарушении функции. Например, для больного с сенсорной афазией гораздо сложнее выделить отдельный звук, чем понять большой текст;

— *принцип учета объема и степени разнообразия материала* (вербального и картиночного). Объем не должен загружать внимание, поэтому он не может быть очень большим или слишком разнообразным;

— *принцип учета сложности вербального материала*. Необходимо учитывать объективную и субъективную частотность лексики, фонематическую сложность, длину слов, фраз, текста;

— *принцип учета эмоциональной сложности материала*. Он должен создавать положительный эмоциональный фон для занятий, положительный настрой клиента.

Л. С. Цветкова, опираясь на свой опыт, подчеркивает необходимость системного применения методов восстановительного обучения, обеспечивающих комплексное воздействие на дефект и восстановление поведения в целом. Практика показала, что изолированные метод или прием могут привести лишь к частичному и малоустойчивому эффекту, к восстановлению изолированной операции, а не функции в целом.

Контрольные вопросы

1. При каких условиях возможно спонтанное восстановление высших психических функций?
2. В чем проявляется дезинтеграция функций?
3. Что такое диашиз?
4. Чем отличается внутрисистемная перестройка функциональных систем от межсистемной перестройки?
5. Как вы понимаете принцип квалификации дефекта?
6. Что означает принцип «от простого к сложному»?
7. Объясните механизм устранения дефекта путем изменения установки больного.
8. В каких случаях возможен викариат?
9. Охарактеризуйте психофизиологические принципы восстановительного обучения.
10. Обоснуйте необходимость системного применения методов восстановительного обучения.

4.2. Нейропсихология в школе.

Опыт нейропсихологических исследований позволил отечественным психологам (Л. С. Цветкова, Н. К. Корсакова, Ю. В. Микадзе, Е. Ю. Балашова и др.) перейти от работы с болезненными нарушениями психической деятельности человека к изучению психики здоровых людей. Оказалось, что в помощи специалиста, владеющего методами нейропсихологии, нуждаются не только люди с локальными поражениями мозга, но и клиенты без органических патологий. Особенно наглядно это проявляется в практике школьных психологов. Анализ особенностей их деятельности позволил выделить из круга профессиональных задач те, решение которых может быть гораздо эффективнее с применением данных нейропсихологии. Это, во-первых, выяснение причин школьной неуспеваемости, во-вторых, постановка топического диагноза детям с минимальными мозговыми дисфункциями и, наконец, теоретическое обоснование методических приемов обучения чтению, письму и счету.

Хорошо известно, что те или иные проблемы в обучении возникают не только у больных детей, но и у школьников с нормальным психическим развитием. Как правило, это неуспеваемость, конфликты с одноклассниками или учителями, трудности адаптации к школьной деятельности. Решить эти проблемы невозможно без выявления истинных причин данных нарушений. Чаще школьники испытывают сложности при обучении письму, чтению, счету, решению арифметических задач. Кроме того, определенные трудности возникают при усвоении самых разных понятий. При этом не следует забывать, что одним из самых сложных этапов в развитии человека, этапом, который провоцирует всевозможные нарушения, является начальный период обучения в школе. Как лакмусова бумажка, он выявляет все скрытые ранее дефекты и отставания. Дети впервые попадают в ситуацию регламентированных требований, обусловленных социокультурными нормами, впервые сталкиваются с новым видом деятельности. Кроме того, налицо постоянная оценка и сравнение результатов их деятельности. И в этой ситуации начинают выделяться те дети, которые не справляются с требованиями школы. В первую очередь это сказывается на успеваемости школьников.

Из литературы известно, что одной из возможных причин школьной неуспеваемости может быть недостаточная сформированность тех или иных психических структур. Например, плохо развитый фонематический слух может привести к невнимательности на уроках, грубым ошибкам при письме, так как ребенок не выделяет те или иные фонемы из речевого потока, особенно на фоне шума. Он просто не слышит некоторые слова или фразы или слышит их с искажением. Недоразвитие слухо-речевой памяти также приводит к неграмотному письму. Но в этом случае ошибки связаны с тем, что школьник не может запомнить информацию, предъявляемую на слух. Он не запоминает правила, условия задачи, требования учителя, высказанные вслух. В силу этого ребенок не может правильно написать то или иное слово, решить пример, выполнить задание учителя.

Нейропсихологические исследования показали, что несформированность тех или иных высших психических функций может быть связана либо с задержкой созревания определенных зон мозга, либо с недоразвитием межанализаторных связей. Поскольку в нейропсихологии функция рассматривается как сложная функциональная система, то нарушение любого звена этой системы и на любом уровне приводит к дефекту функции. Но механизмы этого нарушения будут разные. По мнению Л. С. Цветковой, раннее нейропсихологическое обследование ребенка дает возможность установить уровень сформированности его психических функций и готовности к школьному обучению, поставить точный диагноз на основе научных данных и тем самым предупредить или уменьшить трудности обучения ребенка в общеобразовательной школе /2, 24/. Как известно, проблема неуспеваемости школьников имеет не только психолого-педагогический, но и социальный аспект. Трудности, возникающие у детей в процессе школьного обучения, без специальной коррекции могут перерасти в хроническую неуспеваемость. А, как подчеркивает Л. С. Цветкова, это состояние способствует формированию девиантных форм поведения, социальной дезадаптации детей в целом.

Нейропсихологическое исследование сформированности психических функций у старших дошкольников, проведенное под руководством Л. С. Цветковой, показало, что, вследствие гетерохронности созревания мозга и формирования функциональных систем, у детей к моменту обучения могут оказаться недостаточно сформированными отдельные психические функции или их звенья. Наиболее часто оказываются недостаточно сформированными динамика моторных процессов, пространственный праксис и гнозис, слухоречевая память, произвольная организация, программирование и контроль деятельности в целом /2/. При этом недостаточно сформированные высшие психические функции или их звенья оказываются наиболее уязвимыми к неблагоприятным воздействиям социального или биологического характера и в этом случае подвергаются наибольшему нарушению. Нейропсихологический синдромный анализ психических функций у

старших дошкольников и младших школьников позволяет выявить возможные отставания в их развитии и предотвратить школьную неуспеваемость, в силу чего нейропсихологический компонент диагностики готовности к школьному обучению становится все более актуальным.

Вторая группа школьников, находящихся в центре внимания нейропсихологов, — это дети с минимальной мозговой дисфункцией, дети с аномальным развитием. Постановка точного топического и дифференцированного диагноза, определение причин выявленных нарушений позволяют психологу построить адекватную коррекционную программу, подобрать способы и приемы устранения недостатков, обеспечить коррекцию деятельности. Это особенно важно в классах компенсирующего обучения. Для этой категории детей жизненно необходимо как можно раньше установить истинную причину дефекта. Обосновывая актуальность проведения ранней нейропсихологической диагностики и коррекции психических функций, А. В. Семенович подчеркивает, что она позволяет в той или иной мере приблизить аномальный вид онтогенеза к нормальному течению, существенно облегчить вхождение ребенка в обычную социальную среду /33/.

Трудности обучения у детей с минимальными мозговыми дисфункциями могут быть связаны с множеством факторов. В свою очередь эти факторы отражают несостоятельность определенных звеньев психических функций вследствие их несформированности. Основой этой несформированности выступает незрелость или искаженное формирование их мозговой организации. В зависимости от того, какая именно функция мозга недостаточно сформирована, Л. С. Цветкова выделила и описала шесть основных синдромов отклоняющегося развития у детей-правшей и синдром атипии психического развития у детей с наличием актуального и/или семейного левшества /2/. Это функциональная несформированность префронтальных (лобных) отделов мозга, левой височной области, межполушарных взаимодействий транскортикального уровня (мозолистое тело), правого полушария мозга, функциональная дефицитарность подкорковых образований (базальных ядер) и стволовых образований мозга. Термин «дефицитарность» здесь применяется по отношению к структурам, которые окончательно сформированы, а «несформированность» — к тем, развитие которых у ребенка еще продолжается. Выделенные синдромы подробно описаны в литературе (Л. С. Цветкова). Мы же постараемся выделить их основные характеристики.

Для *синдрома функциональной несформированности лобных отделов* мозга характерна интеллектуальная сниженность, невозможность самоконтроля и прогнозирования ситуации, тенденция к глобальному копированию значимого взрослого без какой-либо критики к нему и к самому себе. К 12 годам речь у таких детей примитивна по синтаксису и выразительным средствам, носит в основном репродуктивный характер. Произвольное внимание сформировано недостаточно, любая учебная программа усваивается с трудом. Характерно стремление к упрощению программы вне зависимости от конечного задания.

Синдром функциональной несформированности левой височной области сопровождается трудностями речевого звукоразличения, что приводит к нарушениям чтения, безграмотному письму, снижению слухоречевой памяти. Нарушение фонематического слуха приводит к снижению успеваемости по всем предметам.

Функциональная несформированность межполушарного взаимодействия проявляется в несформированности координации движений рук, возникновении полных реверсий (зеркальности): восприятие и анализ перцептивного поля справа налево. Дети могут писать справа налево, наблюдается тенденция к игнорированию левой половины перцептивного поля и латеральных отличий при выполнении одного и того же задания правой и левой рукой. Кроме того, наблюдается явление аномии.

При *функциональной несформированности правого полушария* обнаруживается недостаточность пространственных представлений во всех формах, склонность к обильному фантазированию. Для речи и мышления характерно употребление суперабстрактных наименований там, где требуется самое обыденное.

Функциональная дефицитарность подкорковых образований проявляется в неадекватных поведенческих реакциях на происходящее (ребенок излишне чувствителен, капризен, упрям), слишком большом количестве двигательных и жесто-мимических актов (постоянно гримасничает), несформированности тонкой моторики, резонерской речи.

Функциональная дефицитарность стволовых образований мозга сопровождается дисгенетическим синдромом (лицевые ассиметрии, неправильный рост зубов, обилие пигментных пятен, глазодвигательные дисфункции). Кроме этого выявляется грубая патология пространственных представлений, дефекты избирательности памяти, обедненность или несформированность речи.

Из литературы хорошо известно, что для успешной коррекции дефекта необходимо выявление механизма и причин имеющихся у ребенка трудностей в обучении. Для этого явно недостаточно простой констатации факта нарушения психической функции и описания особенностей этого нарушения. Необходимо системное нейропсихологическое обследование, требованиям которого, на наш взгляд, наиболее полно удовлетворяет метод синдромного анализа, разработанный и испытанный в отечественной нейропсихологии (А. Р. Лурия, Л. Н. Цветкова, О. Н. Усанова и др.). В результате нейропсихологического обследования должен быть сделан качественный анализ полученных результатов. Он включает изучение состояния личности, эмоционально-волевой сферы ребенка, описание двигательных качеств и того вида праксиса, который нарушен более грубо, описание речи и выделение именно того фактора, который оказывает основное воздействие на речь, выявление тех психических функций, которые имеют в основе своего нарушения тот же фактор, а также описание и анализ интеллектуальной деятельности. Синдромный нейропсихологический анализ дает возможность указать, какие именно анализаторные системы нарушены или же как нарушено их взаимодействие. Такой системный анализ позволяет педагогам, врачам, психологам понять дефект, выделить его психологический аспект и организовать восстановительное и формирующее обучение. Л. С. Цветкова выделяет и анализирует возможности нейропсихологических методик. С их помощью возможно описание и анализ клинической картины нарушения психических функций; выделение механизмов нарушения тех или иных функций; синдромный анализ дефекта, позволяющий найти все высшие психические функции, нарушенные по тому же фактору; анализ сохранных высших психических функций; постановка топического диагноза и подбор коррекционных мероприятий.

Еще одной сферой применения нейропсихологии в школе является совершенствование методического обеспечения учебного процесса. Методы обучения детей грамоте, а также методические разработки должны соответствовать сложной структуре и генезу формируемой функций (письмо, счет, чтение). Например, письменную речь необходимо рассматривать как деятельность построения письменных текстов. Об этом писали еще Л. С. Выготский, А. Р. Лурия, А. Н. Леонтьев, П. Я. Гальперин, А. К. Назарова и др. Они указывали, что письмо при обучении в школе чаще всего рассматривается как сенсомоторный или оптико-моторный акт и все внимание при обучении обращалось на обучение письму. Кроме того, не учитывались оптико-пространственное восприятие, мотивация, психологическая сложность письменной речи. При обучению чтению следует выбирать специальные методы, направленные на глубину понимания читаемого. Разработка методов обучения должна опираться на структуру высших психических функций, их психологическое содержание.

Контрольные вопросы

1. Какие основные задачи школьного психолога могут быть решены с помощью нейропсихологии?

2. Какие факторы следует учитывать при разработке методического обеспечения учебного процесса?

3. Что дает нейропсихологический подход в диагностике готовности к школе?

4. Дайте характеристику синдрома несформированности лобных отделов мозга.

5. В чем различие терминов «дефицитарность» и «несформированность»?

6. Обоснуйте возможности нейропсихологии при подготовке методических рекомендаций для учителей.

7. Обоснуйте значение нейропсихологического обследования при установлении минимальной мозговой дисфункции.

8. Какие высшие психические функции наиболее часто оказываются недостаточно сформированными у детей 6—7 лет?

9. В чем проявляется несформированность левой височной области?

10. Перечислите симптомы дефицитарности подкорковых структур мозга у детей.

4.3. Нарушение и восстановление функций письма, чтения и счета.

Развитие функций головного мозга, лежащее в основе любой деятельности человека, естественно, составляет базу для таких функций, как письмо, чтение, понимание чисел и умение совершать счетные операции. Обучение, бесспорно, является результатом культурно-исторического развития, но возможно оно лишь благодаря работе головного мозга. Нейропсихологический анализ того, как именно протекают основные процессы усвоения знаний и

умений при различных по локализации поражениях мозга, может дать много для выявления тех факторов, которые вызывают затруднения в овладении психическими процессами у детей без нарушения мозга.

Нередко в практике учителя возникают ситуации, когда прилежный, добросовестный ученик с трудом учится писать или никак не может научиться бегло читать. Причины этих трудностей далеко не всегда понятны учителю, а они могут быть самой разной этиологии. Как известно, процесс усвоения знаний и умений является деятельностью, имеющей сложную структуру /24/. Начиная усваивать какой-то материал, ученик ставит перед собой задачу, в основе которой лежит соответствующий мотив деятельности. Пытаясь выполнить эту задачу, он должен найти «стратегию» — выбрать оптимальные способы выполнения задания. При этом одни из вспомогательных операций выделяются как существенные, другие тормозятся как второстепенные. Такая сложная структура деятельности характерна для любого акта переработки информации. Если то или иное звено в этой сложной деятельности выпадает, то процесс усвоения знаний или умений нарушается, а выработка нужных навыков затрудняется. При этом характер трудностей, которые испытывает ученик, оказывается различным в зависимости от того, какое звено познавательной деятельности оказывается слабым.

Существуют разные пути выявления причин возникших трудностей: экспериментальная дидактика (подбор методов обучения), изучение ошибок, анализ нарушения познавательной деятельности. Каждый из этих подходов позволяет подобрать стратегию помощи конкретному ученику, но по сути это поиск вслепую /24/. Наиболее эффективным является метод синдромного анализа, который позволяет найти истинную причину нарушения и подобрать адекватные методы коррекции. Методика такого восстановительного обучения детально разработана А. Р. Лурия и Л. С. Цветковой /22, 24, 45, 46, 47, 50/. Восстановительное обучение не только показывает возможности восстановления нарушенных функций мозга, но и позволяет глубже узнать причины нарушения процесса усвоения знаний и навыков, а также найти приемы коррекции при различных видах недостаточности.

Нейропсихологический анализ функции письма, предпринятый А. Р. Лурия и Л. С. Цветковой, показал, что она включает в свой состав следующие звенья: слуховое восприятие звуков, из которых состоит слово, выделение фонем, которые необходимо перевести в буквы, далее, в процессе анализа звукового состава, идет проговаривание («прощупывание» звукового состава слова с помощью букв и языка). Вслед за выделением звукового состава слова начинается процесс перевода выделенных или произнесенных звуков («фонем» или «артикулем») в букву, обозначающую этот звук («графему»). Но для написания слова недостаточно его расчленить на отдельные звуки, необходимо расположить их (а также и буквы) в соответствующем порядке. И, наконец, пишущий должен соединить отдельные элементы письма в целые «кинетические» мелодии, плавно переключаясь от одной линии к другой, или от одной буквы к следующей. Кроме того, в основе функции письма всегда лежит инициация написания, осознание необходимости сделать это. Каждое выделенное звено связано с нарушением или недоразвитием совершенно разных факторов.

Слуховое восприятие обеспечивается работой слухового анализатора, поэтому снижение или полное отсутствие слуха приводит к серьезным затруднениям в письме. Выделение фонематического состава слова связано с активностью верхних отделов вторичных зон височной области левого полушария. В случае их нарушения или недостаточной зрелости человек плохо различает звуки, отличающиеся только одним фонематических признаком («б» или «п»), не может выделить отдельные звуки из группы согласных, поэтому не может писать. У учеников начальных классов эти дефекты фонематического анализа проявляются в ошибках типа «дом» — «том», «огурец» — «окулес», «летит птица» — «редит бутица» /24/. Восстановление письма в данном случае связано в первую очередь с четким слуховым восприятием, осознанием каждого звука, умением выделить его из состава слова.

Кинестетический анализ звукового состава слова (проговаривание при письме) связано с нижними отделами вторичных зон кинестетической коры левого полушария. Больные с такого рода поражениями не могут различать звуки, резко отличающиеся на слух, но близкие по артикуляции («д», «т», «н»). В этом случае в письме встречаются ошибки типа «лапа» — «дапа» или «напа», «стол» — «слон». При этом восстановление письма, как доказала Л. С. Цветкова, следует начинать с работы над осознанием соответствующей артикуляции.

Перевод выделенного звука в букву, обозначающую этот звук, предполагает различение левой и правой сторон и четкое пространственное соотнесение тех графических элементов, которые входят в состав буквы. Механизм, лежащий в основе этого элемента, связан с работой третичных теменно-затылочных зон левого полушария. При тех или иных нарушениях работы этого отдела мозга больные легко выделяют фонематический состав слова, хорошо знают, какую букву им надо написать, но не знают, как вести линии, составляющие буквы, могут писать их зеркально. Прежде

чем приступить к восстановлению письма, следует восстановить пространственное восприятие и обобщенный и константный оптический образ буквы.

Расположение звуков и букв в определенной последовательности обеспечивается нижними отделами премоторной коры левого полушария. В случае их нарушения больные могут выделить звук из слова, изобразить отдельные звуки буквами, но не могут написать их в нужной последовательности («окно» — «коно») и перестают писать их единой, плавной серией движений.

Для восстановления каждого из нарушенных элементов письма разработана своя система упражнений и методов. Но их применение должно быть адекватно механизму нарушения и подбираться в строгом соответствии с природой дефекта.

Процесс чтения носит обратный характер по сравнению с функцией письма. Он начинается с последовательного восприятия системы письменных знаков (графем, слов, предложений). Необходимо расшифровать эти знаки, понять значение отдельных букв и слов, объединить их в более крупные единицы информации — целые фразы и текст, удержать их в оперативной памяти и соотнести друг с другом, выделив сложные семантические единицы. Л. С. Цветкова утверждает, что психологическое строение чтения характеризуется взаимодействием двух уровней — сенсомоторного и семантического. Первый состоит из звуко-буквенного анализа и удержания получаемой информации в оперативной памяти. Этот уровень обеспечивает скорость, точность и объем восприятия. Второй, семантический, уровень обеспечивает понимание значения и смысла информации, использование смысловых догадок, сличение возникающих гипотез с исходным материалом. Оба уровня тесно взаимосвязаны, дополняя друг друга /24/.

Для обеспечения первого уровня в чтении необходимы сохранность и взаимодействие зрительного, акустического и кинестетического анализаторов. У детей при формировании навыков чтения зрительное восприятие буквенных знаков сопровождается проговариванием вслух, т. е. переводом зрительной информации в ее звуковой и кинестетический аналоги. Чтение неразрывно связано с пониманием письменного сообщения. В самом начале формирования навыка чтения понимание идет вслед за восприятием, на основе длительного анализа и синтеза строения читаемых слов. На поздних этапах развития чтения понимание связано с выделением смысла слов и предложений. Оно опирается на предвосхищение (антиципацию) дальнейшей мысли, относящейся ко всему тексту. У взрослого человека развито антиципирующее чтение, характеризующееся единством процесса восприятия и понимания читаемого.

Учитывая всю сложность процесса чтения, можно выделить целый ряд структур мозга, его обеспечивающих. Во-первых, необходима сохранность четких зрительных образов буквенных знаков и умение соотносить оптические представления букв с их акустической и речедвигательной характеристиками. Эта функция обеспечивается теменно-затылочными отделами коры мозга в левом полушарии. При их поражении возникает оптическая алексия, при которой больные с трудом узнают буквы, путают их по оптическим признакам («и» — «й», «л» — «м»). Восстановление чтения в этом случае предполагает восстановление восприятия букв, узнавания и написания отдельной буквы.

Следующий элемент чтения — акустическое восприятие звуков — осуществляется вторичными зонами височной области левого полушария. При их поражении нарушается процесс анализа и синтеза читаемого слова (сенсорная алексия). Непосредственное зрительное узнавание слова остается сохранным, но человек не может узнать значение слова из-за нарушения звукового анализа, процесс чтения превращается в «угадывание». Для восстановления нарушенной функции необходим ее перевод на осознанный аналитико-синтетический уровень.

Динамика речевого процесса связана с работой нижних отделов премоторных зон левого полушария. При их поражении возникают грубые персеверации, дефекты переключения с одного элемента на другой (моторная алексия). Пытаясь преодолеть моторно-кинестетические трудности, больные прибегают к угадыванию значения слов или фраз. Антиципация смысла приводит к ошибкам чтения.

Организация чтения как речевой деятельности идет за счет активности лобных долей левого полушария мозга. Поражение левой лобной доли может привести к искажению мотивации деятельности, распаду ориентировочных действий, стратегии чтения. Нарушается возникновение смысловых догадок и контроль за ними. Все вместе это приводит к неправильному пониманию читаемого.

Недостаточная сформированность соответствующих структур мозга у младших школьников приводит к трудностям в чтении. Преодоление этих трудностей возможно при тщательной квалификации дефекта и подборе адекватных методов коррекции.

Счет как психический процесс также состоит из ряда взаимосвязанных звеньев, образующих сложную иерархическую систему. Как указывает Л. С. Цветкова, психологическая сложность этого вида деятельности обусловлена в первую очередь тем, что в процессе счета человек оперирует

отвлеченными понятиями, отражающими взаимоотношения вещей реальной действительности /50/. Нейропсихологический анализ функции счета позволил выделить элементы этого процесса и участвующие в их функционировании структуры мозга.

Дифференцированное восприятие оптической структуры числа связано с работой затылочных отделов мозга. При поражении возникает оптическая акалькулия: нарушается узнавание цифры и числа, с трудом дифференцируются цифры, близкие по конфигурации (3 и 8), больной может заменять одну цифру другой.

Объем акустического восприятия обеспечивается височными отделами левого полушария. Поражение приводит к сенсорной акалькулии. Больные не понимают на слух значение цифры и числа, делают много безуспешных попыток при выполнении устных арифметических операций. Эта форма нарушения счета связана с нарушением речи и акустического восприятия.

Организация счетной деятельности идет за счет лобных отделов мозга. При поражении может возникнуть лобная акалькулия: человек не может самостоятельно действовать с числами, не понимает связи внутри состава числа, у него нарушаются счетные операции, всплывают побочные связи, возможны персеверации. Проявляется либо в импульсивных действиях больного, либо в замедленности переключения с одного вида деятельности на другой, либо в «полевом» поведении. Нарушается произвольный уровень протекания процесса счета.

Пространственное восприятие и восприятие системы пространственных координат, системные отношения элементов, понятие числа и счетные операции опираются на теменные отделы доминантного полушария. Возникает теменная и теменно-затылочная (первичная) акалькулия: нарушение осознанности состава числа, его системности и разрядного строения. Больные не могут назвать двух-трехзначные числа, не могут выполнять счетные операции (вычитание, умножение и т. д.), нарушено понимания «левого» и «правого» в составе числа.

Несформированность, задержка в созревании того или иного участка мозга вызывает те же дефекты психических функций, что и локальные поражения этих участков. Поэтому тщательный анализ особенностей письма, чтения и счета у больных с локальными поражениями мозга позволяет определять специфику недоразвития функций и подобрать соответствующую систему коррекционных воздействий. Подробный анализ приемов восстановительного обучения рассматривается Л. С. Цветковой /50/.

Контрольные вопросы

1. Выделите основные элементы функциональной системы «письмо».
2. Перечислите компоненты функции «чтение».
3. Из каких элементов состоит функция счета?
4. В чем преимущества синдромного анализа в школьной практике?
5. Какую роль играют височные отделы левого полушария в обеспечении функций письма, счета, чтения?
6. Как проявляется недоразвитие лобных отделов левого полушария в функциях счета, письма, чтения?
7. Что осуществляют теменные структуры левого полушария в обеспечении письма, счета, чтения?
8. Чем отличается структурная организация письма и чтения?

Использованная литература

1. *Адрианов О. С.* Актуальные проблемы учения об организации функций мозга / Методологические аспекты науки о мозге. М., 1983.

2. *Актуальные* проблемы нейропсихологии детского возраста / Под ред. Л. С. Цветковой. Москва — Воронеж, 2001.

3. *Алексеева О. Ф.* Психологические основы восстановления высших психических функций человека. М., 2002.

4. *Анализ* межполушарной ассиметрии мозга / Под ред. Е. Д. Хомской. М., 1986.

5. *Анохин П. К.* Принципиальные вопросы общей теории функциональных систем. М., 1971.

6. *Астапов В. М.* Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. М., 1994.

7. *Афазия*: Тексты / Под ред. Цветковой Л. С. 1984.

8. *Актуальные* проблемы психофизиологии и нейропсихологии. М., 1991.

9. *Бернштейн Н. А.* Биомеханика и физиология движений. Москва-Воронеж, 1997.

10. *Бехтерева Н. П.* О гибких и жестких звеньях мозговых систем обеспечения психической деятельности / Нейропсихологид: Тексты. Под ред. Е. Д. Хомской. М., 1984.

11. *Блум Ф., Лейзерсон А., Хофстедтер Л.* Мозг, разум, поведение. М., 1988.

12. *Брагина Н. Н., Доброхотова Т. А.* Функциональная асимметрия человека. М., 1988.

13. *Вассерман Л. И., Дорофеев С. А., Меерсон Я. А.* Методы нейропсихологической диагностики. СПб., 1997.

14. *Выготский Л. С.* История развития высших психических функций. М., ПСС. Т. 3, 1986.

15. *Выготский Л. С.* Развитие высших психических функций. М., 1960.

16. *Дж. Х. Джексон.* Некоторые замечания по поводу распада нервной системы / Нейропсихология: Тексты. Под ред. Е. Д. Хомской. М., 1984.

17. *Корсакова Н. К., Микадзе Ю. В., Балашова Е. Ю.* Неуспевающие дети: Нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников. М., 1997.

18. *Корсакова Н. К., Московичюте Л. И.* Клиническая нейропсихология. М., 1988.

19. *Лурия А. Р.* Высшие корковые функции человека. М., 1969.

20. *Лурия А. Р.* Маленькая книжка о большой памяти. М., 1968.

21. *Лурия А. Р.* Нейропсихология памяти. М., 1976. Т. 1.

22. *Лурия А. Р.* Основы нейропсихологии. М., 1973.

23. *А. Р. Лурия* и современная психология / Под ред. Е. Д. Хомской. М., 1982.

24. *Лурия А. Р., Цветкова Л. С.* Нейропсихология и проблемы обучения в общеобразовательной школе. Москва — Воронеж, 1997.

25. *Милнер П.* Физиологическая психология. М., 1973.

26. *Нейропсихологическая* диагностика / Под ред. Е. Д. Хомской. М., 1994.

27. *Нейропсихология* сегодня / Под ред. Е. Д. Хомской. Т. В. Ахутиной, М., 1995.

28. *Нейропсихология*: тексты / Под ред. Е. Д. Хомской. М., 1984.

29. *Основы* психофизиологии / Под ред. Ю. И. Александрова. М., 1997.

30. *Павлов И. П.* Лекции о работе больших полушарий: Полное собрание трудов, 2-е дополненное издание. Т. 4. М., 1951.

31. *Проблемы* афазии и восстановительного обучения / Под ред. Л. С. Цветковой. М., 1979.

32. *Семенова А. В.* Межполушарная организация психических процессов у левшей. М., 1991.

33. *Семенович А. В., Умрихин С. О., Цыганок А. А.* Нейропсихологический анализ школьной неуспеваемости среди учащихся массовых школ // Журнал ВНД. 1992. Т. 42. Вып. 4.

34. *Симерницкая Э. Г.* Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. М., 1985.

35. *Симерницкая Э. Г.* Нейропсихологическая методика экспресс-диагностики «Лурия-90».

36. *Спрингер С.* Левый мозг, правый мозг. Асимметрия мозга. М., 1983.

37. *Структурно-функциональная* организация развивающегося мозга / Под ред. Д. А. Фарбера. Л., 1990.

38. *Федотов А. Ю.* Клиническая психология. Ч. 1 и 2. М., 2001.

39. *Хомская Е. Д.* Еще раз о проблеме факторов в нейропсихологии. М., 1991.

40. *Хомская Е. Д.* Нейропсихологическая школа А. Р. Лурия // Вопросы психологии. 1997. № 5.

41. *Хомская Е. Д.* Нейропсихология. М., 1987.

42. *Хомская Е. Д.* Нейропсихология индивидуальных различий // Вестник МГУ. 1996. № 2.

43. *Хомская Е. Д. и др.* Нейропсихология индивидуальных различий. М., 1997.

44. *Хомская Е. Д., Батова Н. Я.* Мозг и эмоции. М., 1992.

45. *Цветкова Л. С.* Афазия и восстановительное обучение. М., 1988.

46. *Цветкова Л. С.* Методика нейропсихологической диагностики детей. М., 1998.

47. *Цветкова Л. С.* Мозг и интеллект: Нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности. М., 1995.

48. *Цветкова Л. С.* Нейропсихологическая реабилитация больных. М., 1985.

49. *Цветкова Л. С.* Нейропсихология и восстановление высших психических функций. М., 1990.

50. *Цветкова Л. С.* Нейропсихология счета, письма и чтения: Нарушение и восстановление. М., 1997.

Приложение 1. Терминологический словарь.

Агнозия — гностические расстройства в виде нарушения восприятия, возникающие при корковых очагах поражения мозга (например: зрительная, слуховая, тактильная).

Аграфия — нарушение письма.

Акалькулия — нарушение счета.

Алексия — нарушение чтения.

Амнезия — выпадение памяти.

Амузия — нарушение способности узнавать и воспроизводить знакомую мелодию или ту, которую человек только что услышал, а также отличать одну мелодию от другой.

Апраксия — нарушение произвольных движений и действий, совершаемых с предметами.

Ассоциативные системы мозга — системы, которые связаны с анализом и синтезом разномодальных возбуждений.

Астериогноз — нарушение способности воспринимать предметы на ощупь, невозможность интегрировать тактильные ощущения, поступающие от объекта.

Артикулема — положение речедвигательного аппарата, соответствующее определенному звуку.

Афазия — нарушение речи, возникающее при локальных поражениях коры левого полушария мозга (у правшей) и представляющее собой системное расстройство различных форм речевой деятельности.

Викариат — восстановление функции путем перемещения в сохранные отделы больших полушарий.

Вторичные нейропсихологические симптомы — нарушения психических функций, возникающие как системное следствие первичных нейропсихологических симптомов по законам системной взаимосвязи с первичными нарушениями.

Гемеанопсия — выпадение поля зрения.

Диашиз — временная системная инактивация функций.

Интеллектуальная персеверация — симптом нарушения произвольной регуляции деятельности, проявляющийся в инертном повторении больным одних и тех же интеллектуальных действий в изменившихся условиях.

Клиническая нейропсихология — направление в нейропсихологии, главная задача которого состоит в изучении нейропсихологических синдромов, возникающих при поражении того или иного участка мозга, и сопоставлении их с общей клинической картиной заболевания.

Клиническая психология — область медицинской психологии, изучающая факторы происхождения и течения болезней, влияние болезни на личность, психологические аспекты целебных воздействий.

Латерализация — связь функции с полушарием (правым или левым).

Локализация высших психических функций — соотношение различных звеньев (аспектов) психической функции как функциональной системы с различными факторами (физиологическими закономерностями), присущими работе той или иной мозговой структуры (корковой или подкорковой), синоним «мозговой организации высших психических функций».

Межполушарная асимметрия мозга — неравноценность, качественное различие того «вклада», который делают левое и правое полушарие мозга в каждую психическую функцию.

Межполушарное взаимодействие — особый механизм объединения левого и правого полушарий в единую интегративную, целостно функционирующую систему, формирующуюся в онтогенезе.

Модально-неспецифические нарушения памяти — целая группа патологических дефектов, неоднородных по своему характеру, для которых общим является плохое запечатление любой по модальности информации.

Модально-специфические нарушения памяти — тип мнестических дефектов, связанных с определенной модальностью стимула и распространяющихся только на раздражители, которые адресуются к какому-то одному анализатору.

Модально-неспецифические нарушения внимания — тип нарушений внимания, которые распространяется на любые виды и уровни внимания.

Модально-специфические нарушения внимания — тип нарушений внимания, которые проявляются по отношению к стимулам одной модальности.

Модель «расщепленного мозга» — модель нейрохирургической операции на мозге по перерезке мозолистого тела, разработанная американским нейрофизиологом Роджером Уолкотом Сперри.

Мозговые механизмы высших психических функций — совокупность морфологических структур (зон, участков) в коре больших полушарий и в подкорковых образованиях протекающих в них физиологических процессов, входящих в единую систему и необходимых для осуществления психической деятельности; морфологическая основа психических функций.

Нейропсихология — отрасль психологической науки, сложившаяся на стыке психологии, медицины и физиологии, изучающая мозговые механизмы высших психических функций на материале локальных поражений мозга.

Нейропсихология детского возраста — направление в нейропсихологии, изучающее специфику нарушений психических функций при локальных мозговых поражениях у детей.

Нейропсихологическая диагностика — исследование больных с локальными поражениями мозга с помощью нейропсихологического метода с целью установления места поражения мозга.

Нейропсихологическая реабилитация — совокупность мероприятий, направленных на реабилитацию больных с локальными поражениями мозга.

Нейропсихологический синдром — закономерное сочетание нейропсихологических симптомов, связанное с выпадением (или нарушением) определенного фактора.

Нейропсихологический симптом — нарушение психической функции (как элементарной, так и высшей), возникающее вследствие локального поражения головного мозга.

Нейропсихологический фактор — физиологическое понятие, обозначающее принцип физиологической деятельности определенной мозговой структуры (участка мозга), нарушение которого ведет к появлению нейропсихологического симптома.

Парафазии — замена нужного слова побочным, близким к нему либо по смысловому (вербальные парафазии) либо по фонетическому признаку (литеральные парафазии).

Первичные нейропсихологические симптомы — нарушения психических функций, непосредственно связанные с нарушением (выпадением) определенного фактора.

Персеверации — проявление патологической инертности, «зацикливание».

Проекционные системы мозга — системы, которые обеспечивают анализ и переработку соответствующей по модальности информации.

Псевдоамнезии — нарушения, проявляющиеся в трудностях произвольного запоминания и произвольного воспроизведения любых по модальности стимулов; сочетаются с трудностями опосредования или семантической организации запоминаемого материала.

Реабилитационное направление в нейропсихологии — направление, занимающееся восстановлением высших психических функций, нарушенных вследствие локальных поражений мозга.

Система — множество элементов, находящихся в отношениях и связях друг с другом и образующих определенную целостность, единство.

Сенсорные системы (анализаторы по И. П. Павлову) — часть нервной системы, состоящая из воспринимающих элементов — рецепторов, получающих стимулы из внешней или внутренней среды, нервных путей, передающих информацию от рецепторов в мозг, и тех частей мозга, которые перерабатывают эту информацию.

Скотома — выпадение участка поля зрения при поражении первичных зрительных полей.

Синдромный анализ — анализ нейропсихологических синдромов с целью обнаружения общего основания (фактора), объясняющего происхождение различных нейропсихологических симптомов.

Соматоагнозия — нарушение способности узнавания частей тела, их расположения по отношению друг к другу.

Теория светлого пятна — связь сознания с областью повышенной возбудимости, которая может перемещаться по коре больших полушарий мозга.

Три основных структурно-функциональных блока мозга — а) энергетический блок или блок регуляции уровня активности мозга; б) — блок приема, переработки или хранения экстероцептивной информации; в) блок программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности.

Функциональная система — физиологическое понятие, задействованное из концепции функциональных систем П. К. Анохина, используемое для объяснения физиологической основы высших психических функций.

Функциональная специфичность больших полушарий — специфика переработки информации и мозговой организации функций, присущая левому или правому полушарию головного мозга.

Экспериментальная нейропсихология — направление в нейропсихологии, в задачи которого входит экспериментальное изучение различных форм нарушений психических процессов при локальных поражениях мозга.

Экспрессивная речь — сложный двигательный акт, включающий систему афферентных синтезов, создающих нужные материальные схемы артикуляции, и систему эфферентных аппаратов, реализующих речь.

Приложение 2. Нейропсихологические методики.

В данном пособии мы предлагаем вниманию студентов перечень наиболее известных нейропсихологических методик.

1. Схема нейропсихологического исследования больных с локальными поражениями мозга // Хомская Е. Д. Нейропсихология. М., 1987.

2. Детский вариант схемы нейропсихологического обследования больных с локальными поражениями мозга // Астапов В. М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. М., 1994.

3. Исследование общего состояния психической сферы и личности ребенка // Цветкова Л. С. Методика нейропсихологической диагностики детей. М., 1998.

4. Развернутая методика нейропсихологического обследования детей // Цветкова Л. С. Методика нейропсихологической диагностики детей. М., 1998.

5. Методика нейропсихологической диагностики памяти «Диакор» // Корсакова Н. К., Микадзе Ю. В., Балашова Е. Ю. Неуспевающие дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников. М., 1997.

6. Симерницкая Э. Г. Нейропсихологическая методика экспресс-диагностики «Лурия-90».

7. Нейропсихологическая диагностика / Под ред. Хомской Е. Д. Ч. 1 и 2. М., 1994.

8. Метод точной оценки эффективности восстановления речи у больных с афазией // Цветкова Л. С. и др. Проблемы афазии и восстановительного обучения. М., 1979.

Приложение 3. Иллюстративный материал.

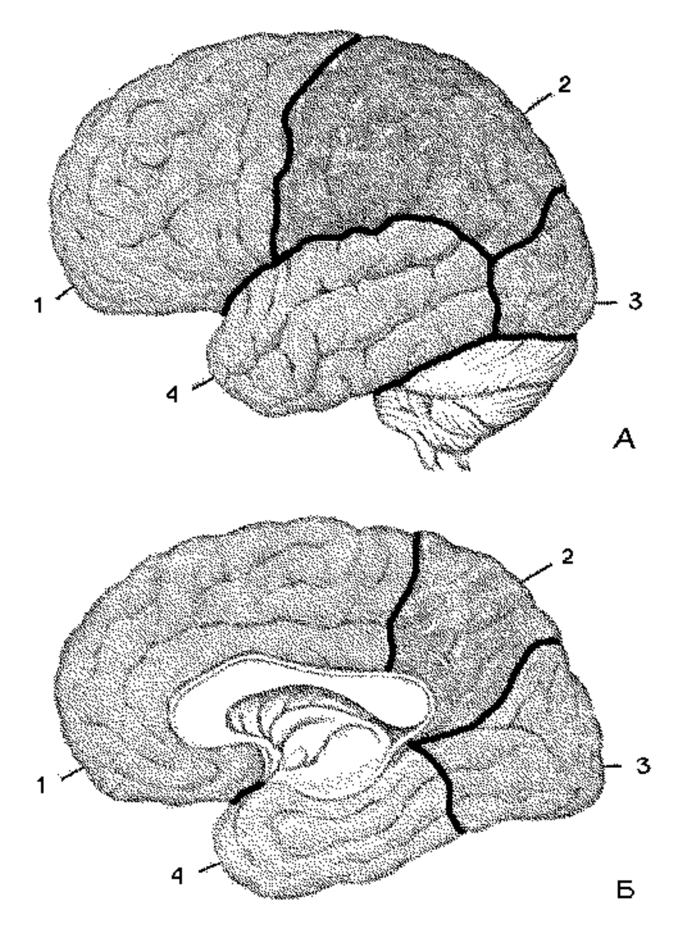


Рис. 1. Доли больших полушарий: А) наружная поверхность; Б) внутренняя поверхность; 1) лобная доля; 2) теменная доля; 3) затылочная доля; 4) височная доля

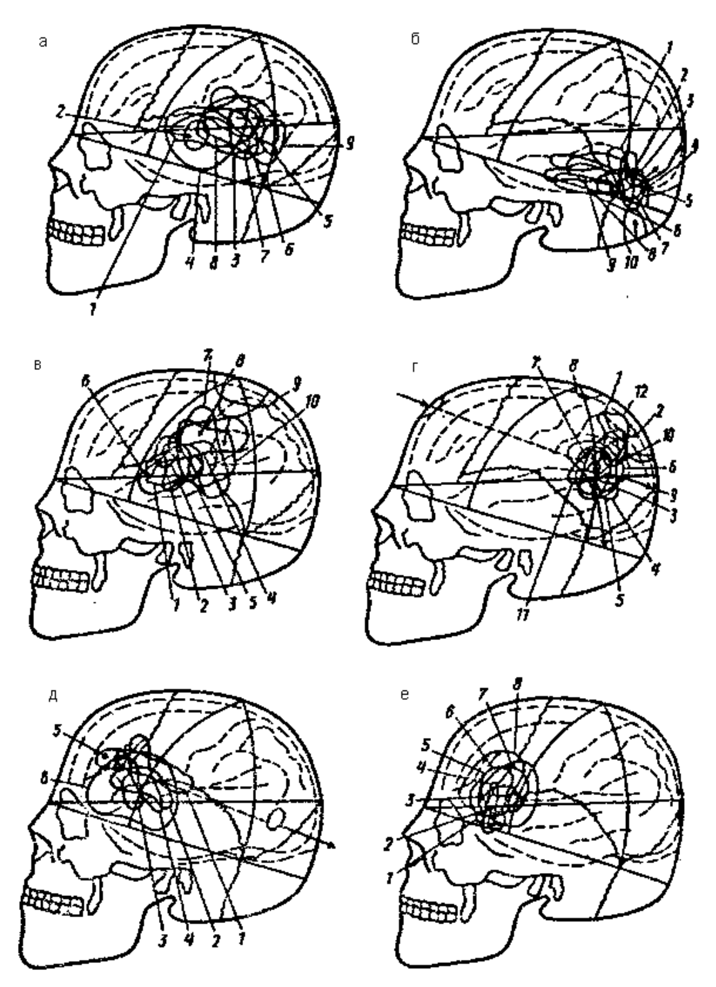


Рис. 2. Расположение очагов поражения левого полушария мозга при различных формах афазий: а) при сенсорной афазии, б) при акустико-мнестической афазии, в) при афферентной моторной афазии, г) — при семантической афазии, д) — при эфферентной моторной афазии, е) — при динамической афазии (по А. Р. Лурия, 1947)

Часть III. Патопсихология.

Раздел 1. Методологические основы патопсихологии.

1.1. Патопсихология как составная часть клинической психологии.

Патопсихология, наряду с соматопсихологией и нейропсихологией, является составной частью клинической психологии и в силу этого несет на себе все основные признаки, присущие клинической психологии в целом. Так же, как и вся клиническая психология, патопсихология относится к пограничным отраслям науки и практики, возникшим на стыке дисциплин, имеющих разные предметные области, но сходных по объекту и проблематике исследований. Если клиническая психология является областью, пограничной между психологией и медициной в целом, то патопсихология самым тесным образом граничит с особым разделом клинической науки и практики — психиатрией. Можно сказать, что патопсихология — это особый раздел психологии вообще и клинической психологии в частности, изучающий психику психически больных и аномальных людей.

Клиническая психология исторически возникла в связи с запросами клиники и, решая свои специфические задачи, служит целям клинической практики. То же самое и еще с большим основанием можно сказать о патопсихологии. Патопсихология как отрасль клинической психологии возникла одной из первых и развивалась наиболее интенсивно, особенно на ранних этапах

существования клинической психологии, не случайно. Психиатрия и по сей день, несмотря на огромный интерес к ней, является наименее разработанной в теоретическом и наиболее сложной в практическом плане отраслью медицинской науки и практики, в наибольшей степени связанной с психологией. Это обусловлено тем, что ее предметом выступает особый класс заболеваний — психические расстройства, сущность которых проявляется во всевозможных нарушениях психики. Чтобы исследовать психические нарушения, необходимо хорошо разбираться в том, что представляет собой сама психика во всех ее многообразных проявлениях. Вот почему знание психологии столь важно для психиатрии. Об этом еще в 1876 г. писал И. М. Сеченов, отмечая, что психология, «очевидно, становится основой психиатрии, все равно, как физиология лежит в основе патологии тела» /6/.

Надо отметить, что в России между психиатрией и психологией всегда существовали самые тесные связи. В становление психологии как науки вообще и патопсихологии в частности самый существенный вклад внесли работы отечественных психиатров, таких, как В. М. Бехтерев, А. Ф. Лазурский, Г. И. Россолимо, С. С. Корсаков, В. П. Сербский, А. Н. Бернштейн, В. А. Гиляровский и др. Интересно отметить, что за рубежом первая экспериментальная психологическая лаборатория была открыта В. Вундтом в 1879 г. при Лейпцигском университете, а ее деятельность имела, скорее, научно-теоретический характер. В России же первые экспериментально-психологические лаборатории, начиная с открытой в 1885 г. В. М. Бехтеревым в Казани, работали при психоневрологических клиниках и помимо научно-исследовательской деятельности реализовывали прикладные аспекты, имеющие непосредственное отношение к практике оказания помощи психически больным людям.

1.2. Соотношение патопсихологии и психопатологии. Предмет патопсихологии.

По своим целям и решаемым практическим задачам патопсихология направлена на оказание конкретной практической помощи клиницистам, занимающимся проблемами нарушений психики при разнообразных психических расстройствах. Наиболее тесные связи (даже в названии) обнаруживаются у патопсихологии с одним из разделов психиатрии — психопатологией. Названия этих дисциплин состоят из одних и тех же древнегреческих корней: *«pathos»* — «страдание», «болезнь», *«psyche»* — «душа», «психика» и *«logos»* — «изучение» /4/. Таким образом, и патопсихология, и психопатология представляют собой отрасли, изучающие различные проявления нарушений психики.

Однако при всем внешнем сходстве, при общности «объекта» исследования (в качестве которого выступают нарушения психики), между психопатологией и патопсихологией имеются существенные различия. Эти различия заключаются, в первую очередь, в том, что патопсихология является одним из разделов психологии (клинической психологии), а психопатология является отраслью медицины (психиатрии). Таким образом, в силу принадлежности к различным научным дисциплинам психопатология и патопсихология имеют каждая свой специфический предмет исследования, методы исследования и различный категориальный аппарат.

Предметом любой медицинской отрасли, как известно, является болезнь во всех ее проявлениях и связях. Предметом же психологии (а следовательно, и любой ее отрасли) является психика. В отношении психопатологии предметом изучения выступает особая категория заболеваний — психические заболевания, т. е. заболевания, при которых в первую очередь нарушаются именно психические функции (познание и регуляция поведения). Другими словами, можно сказать, что психопатология изучает причины возникновения, особенности проявления, течения, лечения и предотвращения различных психических расстройств /19/.

Патопсихология, как и любая другая отрасль психологии, изучая психику, имеет и свою собственную специфику, так как ее предметом является не просто психика, а психика, нарушенная тем или иным психическим расстройством. Наиболее полно и точно определение предмета патопсихологии дала Б. В. Зейгарник: «патопсихология как психологическая дисциплина исходит из закономерностей развития и структуры психики в норме. Она *изучает закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме, она изучает закономерности искажений отражательной деятельности мозга*» /6/.

Патопсихология, рассматривая нарушения психики, дает квалификацию психопатологических явлений в понятиях современной психологии, используя общий для всех отраслей психологии категориальный аппарат. Патопсихолог пользуется такими понятиями, как психика, деятельность, общение, личность, познание и т. п. Психопатология, являясь наукой сугубо медицинской,

оперирует главным образом клиническими понятиями, такими, как этиология, патогенез, симптом, синдром и т. д. При этом надо отметить, что эти клинические термины должны быть известны и часто используются в практике патопсихологии, что связано с ее пограничным и прикладным характером. Решение практических задач, которые стоят перед патопсихологией, немыслимо без хорошей ориентировки в клинических особенностях заболевания, а данные патопсихологического исследования обязательно должны соотноситься с психическим статусом больного, с динамикой течения заболевания.

Существенные различия между психопатологией и патопсихологией отмечаются и в области методологии и методики проведения исследований. В практике психиатрии традиционно доминирует клинико-описательный метод исследования психопатологических явлений, что связано во многом с самой природой патологии психики. Как отмечает С. Я. Рубинштейн /18/, эта природа такова, что установить ее удается лучше всего при расспросе и наблюдении. Причем опытный врач-психиатр в большей степени, чем представители других медицинских специальностей, умеет контактировать с больным, обладает искусством выявлять признаки заболевания в ходе наблюдения и беседы с пациентом, расспросов родственников и персонала о его поведении. Надо отметить, что в оценке психического состояния беседа и наблюдение до сих пор занимают основное место, тогда как соматическое состояние больного исследуется многообразными современными лабораторными и экспериментальными методами. Между тем, при анализе патологии психики методы опроса и наблюдения обязательно должны быть дополнены экспериментом, так как именно экспериментальный метод позволяет перейти от описания явления к анализу причин и механизмов симптомообразования.

Патопсихология, являясь отраслью психологии, использует весь арсенал методов, накопленных психологической наукой, и среди них эксперимент занимает ведущее место. В силу специфики предмета и решаемых ею практических задач, можно сказать, что патопсихология является экспериментальной наукой. В патопсихологии накоплен большой опыт экспериментального исследования психики больных, и этот опыт является весьма полезным для психопатологии.

Современный системный подход к исследованию психических расстройств требует их всестороннего рассмотрения, поэтому данные клинического анализа должны быть дополнены данными патопсихологического исследования. Поэтому в последнее время все четче проявляется тенденция к сближению практики исследования нарушений психики в психологии и психопатологии: клиницисты все активнее используют психологические экспериментальные методы исследования, а в патопсихологии (и клинической психологии в целом) существенная роль отводится описательному подходу.

Однако различия в предметной области обеих наук остаются неизменными. Поэтому можно сказать, что психопатолог и патопсихолог подходят к одному и тому же явлению — психическому расстройству — с различных сторон. Для клинициста любые нарушения психики интересны, потому что они являются признаками (симптомами или синдромами) тех или иных психических заболеваний, т. е. в психопатологии акцент делается именно на проявлении нарушений. Патопсихолога же интересуют психические нарушения, так как они раскрывают специфику психики, проявляющейся в особых условиях (в условиях болезни), т. е. для патопсихологии актуальным остается изучение именно психологических феноменов.

1.3. Теоретические основы патопсихологии.

Так как патопсихология, несмотря на всю близость к психопатологии в практическом плане, остается психологической наукой, ее методологической базой является общепсихологическая теория. Как уже отмечалось, патопсихология изучает закономерности распада психической деятельности в сопоставлении с нормой. Поэтому знания о сущности психики, правильное понимание проблемы ее происхождения и развития в норме, рассматриваемые общей психологией и психологией развития, являются базовыми для патопсихологии.

Как уже отмечалось, у истоков отечественной патопсихологии стоял В. М. Бехтерев, который, следуя естественнонаучным идеям И. М. Сеченова, дал четкие представления о предмете и задачах патопсихологии («патологической психологии» в первоначальном варианте). Представителями его школы были сформулированы основные принципы патопсихологического исследования, разработаны многие экспериментально-психологические методики исследования душевнобольных, широко используемые и по сей день, накоплен богатый материал о расстройствах психических процессов /6, 11/.

Также большой вклад в развитие методологии и практики патопсихологии внесли исследования А. Ф. Лазурского, введшего в психологию метод естественного эксперимента, который первоначально использовался в педагогической психологии, а затем стал применяться и в клинической психологии. Существенное влияние на становление патопсихологии оказали и работы Г. И. Россолимо, который предпринял прогрессивную на тот момент попытку введения в патопсихологию метода тестов как наиболее объективного метода исследования психики в нормальном и патологическом состоянии /11/. И хотя психометрический, исключительно количественный подход в дальнейшем был признан несостоятельным для решения задач патопсихологии, предложенный автором прием графического изображения «психологических профилей» до сих пор успешно используется в практике психодиагностического и патопсихологического исследования.

Несмотря на большое значение вышеперечисленных работ для развития патопсихологии как самостоятельной отрасли психологической науки и практики, в качестве ее фундаментальных теоретических основ выступают исследования выдающегося отечественного психолога Л. С. Выготского и его последователей (в первую очередь, А. Н. Леонтьева и А. Р. Лурии). Идеи Л. С. Выготского о природе и генезисе психики, сформулированные в 20-30-е гг. XX в. в рамках *культурно-исторической теории развития высших психических функций*, стали основополагающими для развития базовых отраслей отечественной психологии, таких, как общая психология, психология развития и возрастная (детская) психология, педагогическая психология.

Л. С. Выготский ввел в обиход современной психологии в качестве основного понятие высших психических функций (ВПФ). Согласно культурно-исторической теории происхождения человеческой психики, разработанной Л. С. Выготским, ВПФ являются продуктом исторического развития и имеют сложное строение. Хотя они возникают на основе элементарных психических функций, функционирование которых в большей степени определяется биологическими факторами, ВПФ социальны по природе, формируются прижизненно путем усвоения общечеловеческого опыта. Однако высшие психические функции не возникают путем одномоментного присвоения уже готовых данных в социальном опыте форм психического реагирования. Они развиваются, закономерно проходя через ряд этапов и становясь сложными психическими процессами, имеющими определенную структуру. Развитие высших психических функций осуществляется в процессе обучения, воспитания и общения с носителями культурно-исторического опыта.

Л. С. Выготский указывал, что всякая ВПФ в онтогенезе появляется дважды: сначала в качестве «экзопсихического», внешнего психического качества, организующего жизнедеятельность субъекта, носителем которого первоначально является взрослый, включенный в совместную деятельность и общение с ребенком. Затем в процессе интериоризации эта психическая функция присваивается ребенком и становится его внутренним, «эндопсихическим» багажом.

Все высшие психические функции (к которым относят произвольные формы познания и регуляции, отвлеченное мышление и др.) имеют опосредованное строение. В качестве самого универсального орудия, опосредующего человеческое познание и поведение, выступает слово. Слово может замещать предметы и явления при их отсутствии, опосредуя тем самым протекание любого психического процесса и становясь одним из звеньев его структуры. Включение речи в структуру психических процессов переводит их на новый, более высокий уровень.

Таким образом, в отечественной психологии сложился взгляд на высшие психические функции как на развернутые формы предметной деятельности, возникающие на основе элементарных сенсорных и моторных процессов, которые затем свертываются, интериоризируются, превращаясь в умственные действия. В формировании ВПФ ведущая роль принадлежит речи, благодаря которой они становятся осознанными и произвольными.

Такое понимание природы и сущности ВПФ позволило Л. С. Выготскому выдвинуть целый ряд положений, значимых для патопсихологических и нейропсихологических исследований в нашей стране. Так как мозг человека имеет принципиально иную организацию, нежели мозг животного, а развитие ВПФ не предопределено морфологической структурой мозга, то и нарушения психики имеют сложную природу и структуру. Поэтому особенности нарушения психики по Л. С. Выготскому определяются:

— характером локализации нарушения (в связи с этим принято выделять общий и частный дефекты);

— временем поражения (поражение одних и тех же зон коры имеет неодинаковое значение на разных этапах психического онтогенеза);

— системным характером нарушений, в которых выделяются первичные (биологически обусловленные) и вторичные (являющиеся производными от первичных, затрудняющих социальное развитие функций) нарушения.

Представления о природе, генезисе ВПФ нашли свое логическое развитие в *теории деятельности А. Н. Леонтьева*. Согласно этой теории деятельность как особая форма активности человека представляет собой единство ее внешней (практической) и внутренней (психической) сторон. Внутренняя психическая деятельность возникает в процессе интериоризации внешней практической деятельности и имеет такое же строение, как практическая деятельность. Таким образом, изучая внешнюю практическую деятельность, можно раскрыть закономерности психической деятельности. Данное положение легло в основу разработки методологии патопсихологического исследования. Б. В. Зейгарник неоднократно указывала, что понять закономерности нарушений психической деятельности можно, лишь изучая практическую деятельность больного, а корректировать нарушения психической деятельности — управляя организацией практической деятельности.

Еще одним важным как для общепсихологической теории, так и для методологии и практики патопсихологии является положение о сложном строении деятельности (как внешней, так и внутренней). Как известно, деятельность (как и любая другая форма поведения) побуждается потребностью, представленной субъекту в качестве переживания дискомфорта, напряжения, ведущего к поисковой активности. В ходе поиска происходит встреча потребности с предметом, способным ее удовлетворить, т. е. появляется мотив. Именно мотив, т. е. «опредмеченная потребность» порождает специфически человеческую форму активности — деятельность. Причем, если содержание потребности не осознается субъектом, то мотивы могут быть осознаваемыми или не осознаваемыми. Как известно, для человека характерно многообразие потребностей (как естественных, так и культурных). Таким образом, человеческая деятельность полимотивированна.

С появлением мотива начинает осуществляться деятельность. А. Н. Леонтьев рассматривал деятельность как совокупность действий, которые вызываются мотивом и направлены на достижение цели. Цель представляет собой осознаваемый образ желаемого результата деятельности. Основной единицей деятельности является действие, которое также носит целенаправленный характер и осуществляется при помощи определенных способов (операций), соотносимых с конкретной ситуацией.

Такую структуру имеет как внешняя, так и внутренняя деятельность, хотя форма выполнения входящих в нее действий различна: практическая деятельность имеет предметный характер, а в психической деятельности действия (операции) осуществляются с участием образов предметов.

Длительное время деятельностный подход был главенствующим в отечественной психологии. И хотя на современном этапе ее развития на смену естественнонаучной детерминистской парадигме все в большей степени приходит гуманистическая парадигма, опирающаяся на феноменологическое, описательное понимание психики, в области патопсихологических исследований деятельностный подход сохраняет свое право на существование. Сложившаяся в отечественной патопсихологии традиция рассматривать психические нарушения именно как нарушения психической деятельности весьма продуктивна в плане решения задач, которые чаще всего приходится решать патопсихологу на практике. Речь идет, в первую очередь, о получении экспериментальных данных, необходимых для постановки дифференциального диагноза. Как известно, многие психические расстройства, имеющие различную этиологию, патогенез и динамику, могут иметь сходство на симптоматическом уровне. Например, нарушения интеллекта в детском возрасте, такие, как умственная отсталость и задержка психического развития, в клиническом плане могут быть весьма схожи, но относятся к различным нозологическим группам заболеваний. Отграничить их друг от друга, особенно в случае выраженной задержки и легкой степени умственной отсталости, руководствуясь только клиническими или педагогическими (и даже психодиагностическими количественными) критериями, бывает очень сложно. Это связано с тем, что при описательном или сугубо психодиагностическом подходе анализу подвергаются только внешние поведенческие корреляты психики, за которыми могут стоять совершенно разные механизмы и содержательные характеристики. Рассмотрение же психики как особого вида деятельности, включающей и внешние и внутренние компоненты, позволяет выявить своеобразие нарушений ее структуры при различных нозологиях.

Таким образом, культурно-историческая концепция формирования высших психических функций и деятельностный подход стали теоретической базой патопсихологии, определив методологию и технологию проведения патопсихологических исследований.

1.4. Значение патопсихологии для общепсихологической теории.

Однако нельзя утверждать, что патопсихология просто заимствовала из других областей психологии теоретические идеи, ничего не давая взамен. Сама патопсихология имеет не только практическое, но и важное теоретическое значение, позволяя расширять рамки научного познания психики. На это в свое время указывал В. М. Бехтерев, отмечая что изучение ненормальных проявлений психической сферы освещает задачи психологии нормальных лиц /6/. Л. С. Выготский положил в своих работах начало экспериментальному исследованию распада мышления, а сами данные патопсихологического исследования использовал для построения своей теории о ВПФ.

Многие другие отечественные психологи (А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн, А. Р. Лурия, Л. Ф. Божович и др.) также использовали при разрешении своих теоретических проблем данные патопсихологических исследований. Так, например, А. Н. Леонтьев исследование об опосредованном характере высших форм памяти построил на клиническом материале, используя данные изучения памяти больных корсаковским синдромом. Другой известный отечественный психолог Б. Ф. Ломов также прибегал к клиническому материалу для доказательства роли социально-психологических факторов в возникновении личностных расстройств, указывая, что «ломка личности» не является прямым следствием заболевания. Тем самым он подтвердил положение о социальной природе личности. Таким образом, можно сказать, что многие психологи использовали исследование патологии как один из методов исследования психики и личности.

Наиболее подробно теоретическое значение патопсихологических исследований для многих общетеоретических вопросов психологии в своих работах /5, б, 7/ раскрыла Б. В. Зейгарник. Она отмечала особую роль патопсихологии в решении следующих общетеоретических вопросов психологии: о роли личностного компонента в структуре познавательной деятельности; о соотношении биологического и психологического в развитии человека; о соотношении распада и развития психики.

Остановимся подробнее на роли патопсихологических исследований в решении данных вопросов, остающихся актуальными и в современных условиях.

1. В отечественной психологии, начиная с работ Л. С. Выготского и его последователей, формируется системный деятельностный подход, в связи с чем преодолевается взгляд на психику как на совокупность отдельных психических функций. Познавательные процессы (восприятие, память, мышление) согласно этому подходу рассматриваются как различные формы предметной осмысленной деятельности субъекта. Характеризуя деятельность вообще, А. Н. Леонтьев выделял в ее структуре мотивационный (личностный) компонент. Следовательно, если рассматривать познавательные процессы как особые формы психической деятельности, то в их структуре обязательно должен быть представлен и мотивационный фактор. Эти теоретические положения требовали своего экспериментального подтверждения, которое достаточно трудно сделать, имея дело с уже сформированными, интериоризированными процессами. В генетическом плане это сделать легче, что и было подтверждено при экспериментальном обосновании теории поэтапного формирования умственных действий Я. Гальперина. Еще одним убедительным подтверждением правомерности положения о роли мотивационного компонента в организации познавательной деятельности являются исследования различных форм нарушений психической деятельности. Так, в экспериментальном исследовании патологии восприятия Е. Т. Соколовой было убедительно показано, как под влиянием различно мотивированной инструкции меняется течение и результат перцептивной деятельности больных. Также экспериментально-психологическим путем (в работах Б. В. Зейгарник и ее сотрудников) была выявлена роль мотивационного компонента в нарушении мышления и памяти. Другими словами, патопсихологические исследования показали, что причиной многих нарушений познавательной деятельности является «мотивационная смещенность» больных.

2. Привлечение патопсихологического материала является целесообразным при решении вопроса о соотношении биологического и психологического в развитии человека. Данные психологических исследований показали, что, хотя биологические особенности болезни и психологические закономерности развития постоянно участвуют в формировании патологических симптомов (например, патологических мотивов), их роль при этом принципиально различна.

В основе формирования личности больного человека лежат психологические закономерности, во многом сходные с закономерностями нормального психического развития. Однако болезненный процесс создает особые, не имеющие аналога в нормальном развитии условия функционирования психологических механизмов, которые и приводят к искаженному патологическому развитию личности. Таким образом, сами биологические особенности болезни не являются непосредственными причинами нарушений психики. Они изменяют ход психических процессов,

играя роль условий, в которых разворачивается собственно психологический процесс — процесс формирования аномальной личности.

Этот вывод согласуется с общими положениями отечественной психологии о природе психических функций. А. Н. Леонтьев, вслед за Л. С. Выготским, подчеркивал, что биологически унаследованные свойства составляют лишь одно из условий формирования психики. Основным же условием формирования психических функций является овладение миром предметов и явлений, созданных человеком. С. Л. Рубинштейн также указывал на роль внешних (социальных) и внутренних (биологических) факторов в психическом развитии, отмечая, что внешние причины преломляются через внутренние условия. Однако если при нормальном развитии внешние причины (социальные воздействия в широком смысле) приводят к адекватному отражению действительности, то болезнь создает особые условия протекания психических процессов, которые, напротив, приводят к искаженному отражению действительности и закреплению искаженного отношения к миру, к появлению патологических черт личности.

В решении поставленного вопроса о соотношении биологического и социального в психическом развитии большую роль играет и анализ проблемы **соотношения распада и развития психики**. От того, как решается эта проблема, во многом зависит понимание сущности и строения психической деятельности человека. В свое время Л. С. Выготский справедливо указывал, что для правильного понимания проблемы развития и созревания психики необходимы данные о ее распаде.

Довольно долго в психиатрии и психологии господствовало мнение о том, что при многих психических расстройствах поведение человека начинает соответствовать более низкому уровню, соответствующему тому или иному этапу детского развития. Так, например, психическое развитие умственно отсталого взрослого человека отождествлялось с поведением ребенка 7-8 лет (или более младшего возраста, в зависимости от степени выраженности интеллектуальной недостаточности). Это мнение подтверждалось рядом клинически подтвержденных фактов. Во-первых, при некоторых заболеваниях психики больные утрачивают возможность совершать сложные виды деятельности, тогда как более простые, сформированные на ранних этапах развития, остаются сохранными. Во-вторых, в некоторых случаях, нарушения познавательной деятельности и поведения больных действительно напоминают мышление и поведение детей на определенных этапах развития. На этих фактах основывалось положение о том, что психический регресс является как бы «негативом» психического развития и при распаде психики происходит послойное разрушение онтогенетически более поздних психических образований и переход на онтогенетически более ранние уровни функционирования психики. Действительно, данные исследований, проведенных на животных, убедительно показывают, что при патологии деятельности мозга раньше всего нарушается то, что было приобретено позднее. Так, в первую очередь у животных разрушаются условные рефлексы при большей сохранности безусловных. Поражение более поздних в фирогенетическом отношении образований мозга ведет к ослаблению их регулирующей роли и приводит к «высвобождению» активности более ранних.

Однако перенос закономерностей нарушения психики у животных на исследование патологии человеческой психики не является правомерным. Л. С. Выготский справедливо указывал на то, что когда речь идет о развитии психики человека, то применяемый к животным генетический подход не может быть автоматически продолжен. При переходе к человеку законы биологии уступают место закономерностям общественно-исторического развития.

Экспериментальные исследования Б. В. Зейгарник, С. Я. Рубинштейн, А. Р. Лурия подтвердили эти положения Л. С. Выготского и доказали несостоятельность «редукционистского» подхода к пониманию нарушения человеческой психики. Так, например, А. Р. Лурия доказал, что не всегда при психических расстройствах в первую очередь страдают более поздние и сложные психические функции. Нередко нарушаются именно элементарные сенсомоторные акты, и это создает основу для формирования сложной картины болезни. Отождествление психики больных людей с психикой детей определенного возраста также не нашло экспериментального подтверждения. В этом случае можно говорить лишь о внешней аналогии, тогда как структура и механизмы протекания психических процессов взрослых больных существенно отличаются от детской психики. На примере нарушения навыков чтения, письма у больных пожилого возраста с различными психическими нарушениями (сосудистыми заболеваниями, болезнью Альцгеймера) С. Я. Рубинштейн выявила существенные различия в распаде этих форм психической деятельности и не обнаружила механизмов действия, напоминающих определенный этап развития этих навыков у ребенка.

К такому же выводу приводит анализ различных форм нарушения мышления. Суждения больных с грубым органическим поражением ЦНС (органическая деменция) действительно напоминают суждения детей дошкольного возраста, так как в них доминируют непосредственные, конкретно-ситуативные представления о предметах и явлениях. Но эта аналогия является только

внешней. Мышление слабоумного больного качественно отличается от мышления ребенка. Слабоумный взрослый больной утрачивает способность овладевать новой системой знаний, при этом у него может в определенной степени сохраняться прежний багаж информации. Ребенок же, даже мало знающий, легко образует новые понятия, легко овладевает новой системой знаний. Ребенок, даже умственно отсталый, принципиально всегда обучаем, в то время как дементный больной не обучаем. Другими словами, психологический анализ клинического материала подтверждает тезис о том, что развитие и распад психики не являются негативными аналогами. В основе развития и распада психики лежат различные механизмы. Психическая болезнь протекает по биологическим закономерностям, которые не повторяют закономерностей развития психики. Как известно, психическая деятельность, высшие психические функции формируются прижизненно на основе общественно обусловленных временных связей в процессе обучения, воспитания и общения. Т. е. психическое развитие обусловливается, в первую очередь, социальными факторами, тогда как распад психики — биологическими.

Таким образом, психологический анализ различных форм нарушений деятельности психически больных является ценным материалом, который должен учитываться при построении общепсихологической теории, особенно при изучении вопросов о сущности, природе психического и о механизмах психического развития.

1.5. Задачи патопсихологии в клинике.

Патопсихология, как отрасль клинической психологии, возникла по запросу медицины, и поэтому наиболее полно она проявляет свои практические возможности именно при решении ряда специфических задач, которые встают перед ней в психиатрической клинике. Надо отметить, что патопсихолог, исследуя закономерности распада психической деятельности и используя для этого психологические методы (в первую очередь — эксперимент), не имеет права на постановку клинического диагноза, не может принимать решения о характере проводимого лечения. Это является полностью прерогативой врача. Но психолог в психиатрической клинике является одним из главных помощников психиатра, при этом он в своей работе не подменяет деятельность врача, а дополняет и, в известной мере, облегчает ее. К основным задачам патопсихологического исследования в психиатрической клинике В. М. Блейхер и его сотрудники /2/ относят следующие шесть:

1. Получение данных для диагностики.
2. Исследование динамики психических нарушений в связи с проводимой терапией.
3. Участие в экспертной работе.
4. Участие в реабилитационной работе.
5. Участие в психотерапии.
6. Исследование недостаточно изученных психических заболеваний.

Хотя все эти задачи по-своему важны для оказания практической помощи клиницистам, наиболее часто в психиатрическом стационаре патопсихологу приходится решать первую из них. **Получение дополнительных данных о психическом состоянии больного** (об особенностях его познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и личности в целом) является одной из важнейших задач практической патопсихологии. Данные экспериментально-психологического исследования (которые относят к разряду параклинических) являются вспомогательными. Наряду и в сопоставлении с данными клинического наблюдения и в ряде случаев с результатами лабораторных исследований (например, анализов крови, спинномозговой жидкости, томографии и др.) эти данные помогают врачу при решении вопроса о диагнозе заболевания. Данные патопсихологического исследования, не являясь единственным основанием для постановки клинического диагноза, позволяют выявить многие признаки психических нарушений, определить их структуру и взаимосвязь.

Чаще всего данная задача ставится перед патопсихологом в двух наиболее сложных для клинической диагностики ситуациях: в ситуации постановки дифференциального диагноза и в случае, когда необходимо выявить признаки психического заболевания на ранних этапах его развития (или, наоборот, в отдаленный период). Многие психические расстройства имеют сходную клиническую симптоматику, при этом их природа может быть недостаточно ясна. В этом случае данные клинического наблюдения и беседы, а также лабораторные исследования не могут в полной мере стать основанием для постановки нозологического диагноза. Такая проблема наблюдается, например, при необходимости отграничения легких форм умственной отсталости (дебильности) от задержек психического развития церебрально-органического генеза, когда на первый план в обоих случаях выходит несоответствие уровня умственного развития возрастным

нормам. Такие трудности встречаются также при необходимости дифференциальной диагностики между психопатией и психопатоподобными изменениями личности при шизофрении, нейроинфекции. В этих случаях обнаружение в ходе патопсихологического экспериментального исследования специфических нарушений познавательной деятельности и личности, типичных для одного расстройства и не характерных для другого, значительно облегчает решение клинико-диагностической задачи.

В случае ранней диагностики психических расстройств, когда психопатологическая симптоматика еще не до конца сформировалась, бывает довольно трудно определить характер нарушения. Например, в картине заболевания, которое на начальных стадиях протекает по неврозоподобному типу, патопсихолог при специальном исследовании может обнаружить характерные для шизофрении расстройства мышления и эмоциональности. Это облегчает раннюю диагностику атипично дебютирующей шизофрении и дает возможность своевременно начать адекватное лечение. Потребность в уточнении структуры психического дефекта представляется важной и при большой давности болезни, когда у врача нет необходимой информации о психопатологической симптоматике, в которой манифестировало себя заболевание. Так, например, трудной задачей для психиатров является дифференциальная диагностика отдаленных последствий органического поражения ЦНС и некоторых форм течения шизофрении. И в этом случае выявление в патопсихологическом исследовании специфических для шизофрении личностных изменений или особенностей патологии мышления либо характерных для органики изменений памяти, нарушений подвижности нервных процессов, признаков выраженной истощаемости значительно облегчают врачу задачу постановки клинического диагноза.

Исследование динамики психических нарушений в связи с проводимой терапией является также важной задачей, реализуемой патопсихологом в клинике. В ходе лечения психопатологическая симптоматика претерпевает значительные изменения. Но так как клиницист при анализе динамики заболевания ориентируется, в первую очередь, на поведение больного, то не всегда удается однозначно определить характер изменений стоящей за этим поведением психики. Например, больной с продуктивной симптоматикой, чтобы избежать дальнейшего неприятного лечения или ускорить срок выписки из отделения, может перестать демонстрировать окружающим наличие у него бредовых идей или галлюцинаций, он может вести себя социально приемлемым способом. При этом сами расстройства могут у него сохраниться, а поведение его в таком случае носит установочный характер. В этих случаях именно многократно проводимое в процессе лечения патопсихологическое исследование, направленное на анализ всех компонентов психической деятельности, может быть объективным показателем влияния терапии на течение болезни. Т. е. неоднократное исследование больного однотипным набором методик позволяет установить динамику изменений психики под влиянием лечения и, таким образом, продемонстрировать его эффективность. Системные изменения психики, выявляемые в ходе такой динамической диагностики, также характеризуют особенности наступления ремиссий и структуры формирующегося при этом психического дефекта, если речь идет о процессуальных заболеваниях. Здесь можно выделить два фактора, важных для дальнейшей врачебной тактики: первый — роль структуры психического дефекта в построении последующих реабилитационных мероприятий, второй — известное прогностическое значение определяемого при исследовании состояния психической деятельности больного в связи с лечением.

Еще одной важной задачей патопсихолога является **участие в экспертной работе**. Патопсихологические исследования играют важную роль в проведении судебно-психиатрической, воинской и трудовой экспертизы. Психолог при этом не только предоставляет данные, облегчающие решение диагностических вопросов, но и объективно устанавливает степень выраженности психического дефекта.

В судебно-психиатрической практике важно не только установить наличие психического заболевания, например, олигофренического слабоумия, но и уточнить степень его выраженности, так как экспертное заключение имеет значение для принятия судебного решения о вменяемости или невменяемости, о мере ответственности за свои действия и т. п. Однако, при проведении судебной экспертизы роль психолога не ограничивается вопросами нозологической диагностики и определения степени выраженности психического дефекта. В последнее время психологи все чаще привлекаются к участию в проведении комплексных судебных психолого-психиатрических экспертиз. В рамках психолого-психиатрической экспертизы психиатр дает синдромально-нозологическую характеристику имеющейся патологии, а психолог — структурно-динамический анализ личности обследуемого. Это особенно важно в случае нерезко выраженных форм психических отклонений.

Судебно-психологическая экспертиза часто проводится по делам несовершеннолетних, даже не имеющих психических расстройств. При этом определяется уровень их познавательной деятельности и характер присущих им индивидуально-личностных особенностей; лишь при такой

комплексной оценке можно судить о способности обследуемого сознавать противоправность своих действий и руководить ими.

Надо отметить, что объектом проведения судебно-психологической экспертизы могут выступать не только обвиняемые, но и потерпевшие или свидетели, так как получаемые психологом данные способствуют адекватной оценке достоверности их показаний.

Важную роль играет патопсихологическое исследование в проведении воинской экспертизы, особенно в отношении лиц, имеющих нерезко выраженные формы психических расстройств или психические аномалии. Здесь речь идет о получении дополнительных патопсихологических данных для выявления нерезко выраженных форм олигофрении, проявлений шизофрении (особенно ее простой формы), психопатий, неврозов, резидуально-органических поражений головного мозга. В ряде случае выявление таких расстройств является ограничением для несения воинской службы, в ряде случаев наличие заболевания не является препятствием для выполнения воинской обязанности, а лишь ограничивает сферу воинских специальностей. Например, наличие олигофрении в степени легкой дебильности лишь ограничивает возможности несения воинской службы во вспомогательных частях.

В трудовой экспертизе патопсихолог не только обнаруживает признаки психического заболевания, но и показывает, как далеко оно зашло, насколько в связи с этим снижена трудоспособность обследуемого, имеются ли сохранные элементы в его психике, которые могут быть использованы для стимулирования механизмов компенсации психического дефекта.

Особую роль приобретает экспертная работа патопсихолога при решении вопросов, специфических для детского возраста. Это, в первую очередь, касается решения вопроса о возможностях получения образования в условиях массовой или специальной (коррекционной) школы. В этом случае патопсихологическая диагностика, направленная на выявление структуры и степени выраженности интеллектуального дефекта, является составной частью комплексного медико-психолого-педагогического исследования. Патопсихологическая часть исследования позволяет получить более системные и объективные характеристики актуального и потенциального развития ребенка, что снижает степень диагностических ошибок и принимаемых на их основе педагогических решений.

Участие в реабилитационной работе в настоящее время приобретает особое значение. Современная психиатрия много внимания уделяет проблемам реабилитации и ресоциализации больных. Оказание врачебной помощи психически больным людям предполагает не только проведение активной и поддерживающей терапии, но и осуществление мероприятий по восстановлению их социального статуса. От правильно построенных реабилитационных мероприятий зависит также профилактика инвалидизации.

Реабилитационная работа должна строиться с учетом не только нарушенных, но и сохранных сторон психики и личности больного, а также его индивидуальных особенностей. Поэтому клинико-психологическое исследование приобретает особое значение. При этом упор делается на выявлении личностных свойств больного, так как именно личность является субъектом социальных отношений. Личность поэтому изучается как в медико-психологическом, так и в социально-психологическом аспектах. Помимо личностных особенностей самого больного психолог должен изучить «социальный климат», окружающий больного после выписки домой, в лечебных группах, на производстве, выявить имеющиеся у больного трудовые или учебные установки. В соответствии с полученными данными разрабатываются психологические рекомендации, способствующие трудовой и социальной реабилитации больного.

Кроме того, в экспертной работе специалистам достаточно часто приходится сталкиваться с проявлениями установочного поведения, вариантами которого являются симуляция, аггравация и диссимуляция (т. е. имитация болезненного состояния, нарочитое усиление признаков имеющегося заболевания и преуменьшение, сокрытие болезненной симптоматики с определенной целью). В этих случаях особым образом построенная процедура патопсихологического исследования может выявить истинный характер целей деятельности подэкспертного.

Участие в психокоррекции, как и проведение реабилитационных мероприятий, должно проводиться психологом под руководством и по запросу врача-психиатра. В последнее время наметилась тенденция активного включения психологов в проведение психотерапии. К сожалению, вопрос о праве и возможности участия психологов в психотерапии еще недостаточно регламентирован нормативными документами. Бесспорно, клинические психологи должны владеть теоретическими и практическими основами психотерапии в широком смысле слова как процесса целенаправленного психологического воздействия на психику. Но в том случае, когда психотерапия используется как метод лечения болезни (клинико-ориентированная психотерапия), а не как средство изменения личностных установок людей, не страдающих психическими заболеваниями (личностно-ориентированная психотерапия), психолог не имеет профессионального права брать на себя врачебные функции. Поэтому патопсихолог должен

выполнять свои собственные задачи психодиагностического и социально-психологического характера и тем самым помогать врачу организовывать психотерапевтический процесс.

Применительно к психотерапии выделяют следующие задачи патопсихологического исследования.

Это, во-первых, участие патопсихолога в диагностике психического заболевания, так как от решения этих вопросов зависит объем показаний к психотерапии и выбор наиболее адекватных для данного больного форм ее проведения.

Во-вторых, патопсихологическое исследование способствует обнаружению таких личностных свойств больного, на которые в последующей психотерапевтической работе следует обратить особое внимание. С этой целью используется широкий диапазон личностных методик, что позволяет получить наиболее полное представление о личности больного. При этом должны учитываться не только измененные болезнью личностные свойства, но и сохранные компоненты личности, на которые в первую очередь необходимо опираться при проведении психотерапевтической работы.

В-третьих, психологический эксперимент способствует налаживанию продуктивного контакта с больными, так как дает психотерапевту представление об их интеллектуальном уровне и интересах. Характер интеллектуальной деятельности больного и особенности его мотивации во многом определяют систему построения психотерапевтических мероприятий, влияют на стратегию психотерапии, а также на выбор конкретных методик психотерапевтического воздействия.

В-четвертых, патопсихологическое исследование само по себе несет психотерапевтическую, психокоррекционную нагрузку, так как в ходе решения экспериментальных заданий появляется возможность показать больному известную сохранность его психических функций, которые пациент считает грубо нарушенными, и тем самым подчеркнуть наличие ресурсов для противостояния болезни. Психологическое исследование может быть при этом использовано для изменения самооценки состояния больного и его субъективного прогноза.

Реже всего патопсихологу приходится решать задачу **исследования недостаточно изученных психических заболеваний**. Как правило, такие исследования проводятся в клиниках, работающих на базе научно-исследовательских институтов. Целью таких научных исследований является анализ еще недостаточно изученных психопатологических проявлений тех или иных психических заболеваний. При этом проводится исследование больших групп больных, имеющих сходную психопатологическую симптоматику. Здесь особую роль приобретает статистическая достоверность получаемых данных. Причем решение данной задачи существенно отличается от патопсихологического исследования, направленного на решение вопросов клинико-практического характера. Если в случае решения задач практического характера патопсихолог стремится получить общую и сугубо индивидуальную характеристику протекания психической деятельности у конкретного человека, то при решении теоретических вопросов он выделяет и ставит в центр внимания какой-либо один психический процесс, изучаемый им в специально созданных условиях на большой выборке испытуемых.

1.6. Задачи детской патопсихологии.

Надо отметить, что выделенные В. М. Блейхером задачи в первую очередь касаются работы психолога со взрослыми больными, у которых психопатологическая симптоматика представлена наиболее полно и развернуто. Исследование же нарушений психики у детей является более сложными имеет свою специфику в связи с возрастными особенностями. Эта специфика обусловлена тем, что детская психика является еще не сформированной. Несмотря на болезнь, приводящую к различным нарушениям, на психику ребенка продолжают действовать общие закономерности развития. Поэтому исследовать нарушения развивающейся психики надо с учетом этих закономерностей, выделенных еще Л. С. Выготским. Одной из таких важнейших закономерностей является признание ведущей роли обучения в психическом развитии ребенка.

Все это приводит к тому, что в деятельности детского патопсихолога наряду с диагностическими задачами, преобладающими в практике патопсихолога, работающего со взрослыми больными, самое существенное значение приобретают задачи, имеющие коррекционную и развивающую направленность. Т. е. в работе с детьми патопсихолог должен сочетать собственно психологические функции с педагогическими.

Специфику задач, решаемых педагогом-психологом в детском отделении психиатрического стационара, раскрыл В. А. Худик /21/. Он справедливо отмечает, что работа педагога-психолога не должна сводиться лишь к установлению степени выраженности нарушений психической деятельности или умственного дефекта, чего от него нередко требуют врачи. В условиях детского

психиатрического стационара педагог-психолог, оказывая помощь врачам и другим специалистам (педагогам в первую очередь), является вовлеченным в различные виды деятельности, такие, как диагностическая работа, лечебная работа, воспитательно-педагогическая и реабилитационная работа.

Таким образом, перед педагогом-психологом, работающим с детским контингентом, стоят следующие задачи.

1. Изучение жизненного пути ребенка, страдающего психическим заболеванием, условий его воспитания и обучения в семье, образовательном учреждении.

2. Экспериментально-психологическое исследование познавательной и личностной сферы детей в целях установления степени выраженности психического дефекта при различных заболеваниях.

3. Получение параклинических патопсихологических данных, важных в решении вопросов дифференциальной диагностики психических расстройств при различных нозологиях.

4. Лонгитюдинальное экспериментально-психологическое исследование на различных этапах лечения в целях выявления эффективности терапии и обратимости психопатологической симптоматики.

5. Экпериментально-психологическое исследование уровня психического развития ребенка для решения вопросов психолого-медико-педагогической консультации (ПМПК).

6. Определение комплекса воспитательно-педагогических, психокоррекционных мероприятий с учетом специфики болезни и возможностей дальнейшего обучения ребенка в условиях массовой или специальной (коррекционной) школ.

7. Участие в решении вопросов социальной реадаптации выздоравливающих детей в обществе.

8. Оказание консультативной помощи семьям по воспитанию и обучению детей, имеющих психические нарушения, выбору оптимальных образовательных программ, личностному и профессиональному самоопределению.

Надо отметить, что роли педагога-психолога в решении вопросов социальной психиатрии в последнее время уделяется все больше внимания. По мнению В. А. Худика, именно психолог может дать совет врачу о необходимых реабилитационных мероприятиях, которые наиболее эффективны для того или иного ребенка, с учетом социальной ситуации его развития, познавательных и личностных особенностей. Результаты патопсихологического исследования представляют существенный интерес в прогностическом отношении для родных и близких, педагогов, так как возвращение ребенка в прежнюю среду нередко провоцирует рецидивы личностных аномалий или болезненной симптоматики, а поэтому это требует перестройки всей системы отношений «ребенок — родитель», «ребенок — педагог».

Таким образом, деятельность педагога-психолога в детском психиатрическом стационаре имеет большое значение не только для решения общих со «взрослой» психиатрией вопросов, таких, как помощь в постановке клинического диагноза, решение вопросов экспертизы, исследование динамики психического статуса в течение болезни и ходе терапии. Она играет существенную роль в решении проблем психогигиены и психопрофилактики, построении адекватного учебно-воспитательного процесса, основанного на актуальных и потенциальных уровнях развития познавательной и личностной сферы ребенка.

1.7. Возможность применения патопсихологического подхода в деятельности педагога-психолога.

Все вышеописанные практические задачи имеют непосредственное отношение к деятельности профессионального клинического психолога в условиях психиатрической клиники. Для него знание теоретических и практических аспектов патопсихологии является профессионально значимым. Однако встает вопрос о необходимости изучения патопсихологии будущими педагогами-психологами, которые должны работать, в первую очередь, в системе образования, а не в здравоохранении. Возможность и необходимость использования патопсихологического подхода в решении некоторых задач, стоящих перед педагогами-психологами, очевидна. Это обусловлено тем, что распространенность психических расстройств, особенно их пограничных форм, во всем мире и в России неуклонно возрастает как среди взрослого, так и среди детского населения. Поэтому вероятность того, что ребенок, страдающий каким-либо психическим расстройством, окажется учеником или воспитанником того или иного образовательного учреждения, достаточно велика. Тем более что наличие психического заболевания (даже выраженного) не является

основанием для запрета на пребывание в них. Поэтому педагог-психолог, работающий в ДОУ, школе, детском доме и т. п., должен быть готов и теоретически, и практически к работе с детьми, имеющими те или иные нарушения психики.

В чем суть и каковы возможности патопсихологического подхода, реализуемого в деятельности педагога-психолога? В настоящий момент в практической работе педагогов-психологов предпочтение отдается психодиагностическому подходу, в рамках которого основной упор делается на определение показателей развития тех или иных психических функций, выявление уровня успешности выполнения деятельности в сопоставлении с требованиями среды и возрастными нормами. При этом анализу подвергаются объективно измеряемые характеристики, в качестве одной из которых выступает, в первую очередь, результат деятельности. Критериями успешности, например, служат количество правильно выполняемых тестовых заданий, продолжительность затраченного на работу времени, наличие или отсутствие ошибок и т. п. При таком подходе можно успешно решать задачи сравнения детей по различным показателям психического развития, можно выделять группы детей, различающиеся по уровню развития памяти, интеллекта, внимания, самооценки и т. д. Так, можно выделить отдельных детей или их группу с низкими, не соответствующими норме показателями. Но такой сравнительный анализ не дает ответа на вопрос о причинах, механизмах обнаруживаемых отклонений и нарушений. Стоящая же перед педагогом-психологом задача оказания действенной коррекционно-развивающей помощи детям с проблемами в развитии требует как раз не просто констатации факта нарушения, а знания закономерностей и механизмов этого нарушения. Поэтому именно патопсихологический подход, который в отличие от психодиагностического предполагает анализ всей психической деятельности детей, а не только ее результата, оказывается наиболее действенным в данной ситуации.

Объектом патопсихологического исследования в системе образования могут выступать дети, или уже имеющие психиатрический диагноз, или относящиеся к так называемой «группе риска», т. е. дети со стойкими нарушениями поведения, с низкими показателями успешности учебной деятельности, с не соответствующими возрасту показателями развития. Как известно, причины труднообучаемости и трудновоспитуемости могут быть различными. И. В. Дубровина /17/ указывала на наличие трех уровней проблем, стоящих за трудностями в обучении и воспитании детей.

1. Проблемы, связанные с недостаточным учетом в педагогическом процессе возрастных и индивидуально-типологических особенностей детей. Эти проблемы во многом снимаются средствами психопрофилактики и психологического просвещения педагогов и родителей.

2. Проблемы, обусловленные наличием неблагоприятных вариантов личностного развития детей. К ним относятся, в первую очередь, нарушения в развитии самосознания детей, нарушения формирования системы отношений, не выходящие на уровень нарушения психического здоровья. Довольно часто также встречаются специфические проявления социальной дезадаптации, в основе которых лежат различные типы акцентуаций характера и темперамента. В этих случаях речь идет не о психических расстройствах, требующих специального медицинского вмешательства, а о личностных проблемах, в разрешении которых основная роль отводится методам психокоррекции и личностно-ориентированной психотерапии.

3. Проблемы, связанные с нарушением психического здоровья детей, т. е. с наличием различных проявлений психических расстройств (психических болезней и психических аномалий). В этом случае усилий только педагогов и психологов для преодоления негативных последствий этих нарушений недостаточно. Так как в данном случае в основе нарушений психического развития, трудностей в обучении и воспитании лежит болезнь, то такие дети нуждаются в комплексной медико-психолого-педагогической помощи. Задачи педагога-психолога в такой ситуации могут решаться только с позиций качественного патопсихологического подхода и являются идентичными ранее описанным задачам, которые решает детский патопсихолог в клинике.

Выделение этих трех уровней профессиональных проблем, решаемых педагогом-психологом, позволяет специалисту сориентироваться и выбрать адекватные методы психологической помощи. Но в основе такой ориентировки должно лежать отграничение признаков болезни от проявлений возрастных, индивидуально-типологических или личностных особенностей. Поэтому любой психолог должен иметь представление о признаках психических расстройств. Н. Л. Белопольская, проведя длительные наблюдения за людьми, страдающими различными психическими заболеваниями, выделила три психологических критерия, которые помогают различать нормальное и аномальное состояния психики. Опираясь на эти критерии, нельзя поставить клинический диагноз (перед психологом такая задача и не стоит), однако можно ставить вопрос об отклонении от нормы.

Первый критерий — это *неадекватность*, которая может проявляться в эмоциональных реакциях, поступках, поведении в целом, в речевых высказываниях, мимике и жестах. Под адекватностью здесь понимается не соответствие или несоответствие поведения социальным нормам, а наличие понятных, объяснимых причин психических реакций. Например, эмоциональная реакция человека на какое либо событие его жизни будет адекватна, если ее характер и мера выраженности соответствуют значимости этого события (получив хорошую или плохую отметку за учебное задание, ребенок или радуется, или огорчается в большей или меньшей степени, в зависимости от значимости этой отметки для него). Слишком же выраженная реакция или ее отсутствие являются неадекватными. Понятно, когда младший школьник, еще не вполне контролирующий свои эмоции, может горько расплакаться из-за полученной двойки. Но если слезы не удается унять слишком долго, несмотря на все усилия, или если из-за двойки неудержимо рыдает взрослый человек, то такое поведение трудно назвать адекватным.

Второй критерий — *критичность*, которая может быть снижена или вовсе отсутствовать у человека по отношению к своим поступкам, к своему физическому или психическому состоянию, своему поведению, высказываниям, результатам деятельности. Критичность может выражаться и в понимании того, что действия или реакции были неправильными, неадекватными, и в способности слушать и воспринимать мнения других людей на свой счет (говорящих, например, о возможном наличии болезни и необходимости в связи с этим показаться врачу). Часто на ранних этапах развития болезни критика сохранна, поэтому человека волнуют или пугают проявляющиеся у него симптомы заболевания, он даже пытается с ними бороться. По мере развития и утяжеления заболевания критичность снижается вплоть до полного ее отсутствия. В таких случаях больные могут говорить абсурдные вещи, совершать совершенно неадекватные поступки и не видеть в этом ничего особенного, при этом не воспринимают ничьих доводов. Ярким примером этого являются больные с дисморфофобией (страхом перед своей внешностью), которые не могут согласиться с мнением специалистов о том, что их внешность вполне привлекательна. Полное отсутствие критики и поэтому некорригируемость нарушений наблюдается при бредовых расстройствах мышления.

Третий критерий — *непродуктивность деятельности*. В этом случае человек не нацелен на конечный результат своей деятельности. Ему интересен только сам процесс (человек целыми днями рисует картины, но никому их не показывает, теряет). Сама деятельность в этом случае не имеет смысла, и результат, продукт никому, иногда даже самому больному, не интересен и не нужен. Другой вариант непродуктивности заключается в том, что конкретная деятельность подменяется разговорами о ней, планированием и обещаниями, но дальше этого дело не идет. Например, больной алкоголизмом в минуты просветления начинает активно рассуждать о необходимости лечения, просит знакомых найти ему хорошего специалиста, назначает точную дату похода к врачу, рассуждает о том, как он будет хорошо и правильно жить после выздоровления. Но когда наступает момент реализации этих планов, он находит всевозможные причины, объясняющие и оправдывающие невозможность воплощения их в жизнь, причем это может длиться годами.

По данным Н. Л. Белопольской, наличие одного из перечисленных критериев может служить основой для профессионального наблюдения за человеком и возможного предупреждения развития психического заболевания. Наличие двух, а тем более трех особенностей свидетельствует о необходимости проведения экспериментального патопсихологического исследования и консультации врача /15/.

Знание этих трех психологических критериев психических расстройств позволяет педагогам и психологам правильно ориентироваться в уровне проблем, стоящих перед ними, дает возможность своевременно решить вопрос о целесообразности обращения к специалисту-медику. Умение выявлять признаки психического расстройства является важным как для педагогов и психологов, так и для родителей. К сожалению, очень часто педагоги и родители пользуются житейскими представлениями о проявлениях психических болезней, подразумевая под проявлениями психической «ненормальности» любые случаи отклоняющегося от общепринятых норм поведения или развития. Здесь возможны два крайних варианта:

1. Родители и педагоги видят проявления болезни в любых случаях нетипичного, отклоняющегося, по их мнению, поведения, даже обусловленного возрастными или индивидуально-типологическими особенностями. Поэтому все возникающие проблемы считают необходимым решать при помощи медицинского вмешательства, нецелесообразного в такой ситуации. Например, родители могут обратиться к врачу с просьбой о лечении в случае резких изменений поведения своего ребенка в переходном подростковом возрасте, не имея представлений о закономерностях возрастных изменений в кризисные периоды.

2. Родители или педагоги, не понимая болезненной природы появившихся поведенческих изменений, ошибочно принимают их за проявления дурного характера, распущенности и т. п.

Например, у ребенка начинают проявляться признаки так называемого «школьного невроза», а родители считают, что проблема заключается в лености ребенка, его нежелании учиться. В этом случае основными средствами оказания помощи ребенку признаются педагогические меры воздействия, неэффективные в данный момент.

Поэтому для избежания довольно распространенных ошибок гиподиагностики или гипердиагностики, осуществляемой не специалистами-медиками, знание основ патопсихологии (и психопатологии) является обязательным для любого представителя педагогических профессий, для педагогов-психологов и желательным для родителей.

1.8. Дизонтогенетический подход к исследованию нарушений психики в детском возрасте.

1.8.1. Понятие о психическом дизонтогенезе.

Говоря об особенностях исследования нарушений психики в детском возрасте и о специфических задачах, решаемых в этой области, еще раз необходимо подчеркнуть, что в центре внимания патопсихолога обычно стоит вопрос о психологической квалификации основных психических расстройств, их структуры и выраженности. Как отмечает В. В. Лебединский, в этой части исследования задачи детского патопсихолога практически такие же, что и патопсихолога, изучающего взрослых больных. Однако в отношении детского возраста патопсихологическая оценка психических нарушений не может быть полноценной, если она не учитывает также и отклонений от стадии возрастного развития, на которой находится больной ребенок. Другими словами, к исследованию нарушений детской психики необходимо подходить с позиций психического дизонтогенеза, вызванного болезненным процессом или его последствиями.

Понятие «дизонтогенеза», вернее «дизонтогении», было впервые введено в обиход клиницистами (Швальбе, 1927) в связи с запросами новой самостоятельной отрасли психиатрии — детской психиатрии. Детские психиатры, говоря о неправомерности отождествления психических заболеваний детского и взрослого возраста, стали все больше значения придавать роли возраста, а также симптомам, обусловленным аномальным развитием в условиях болезни. Под дизонтогенезом (дизонтогениями) принято понимать различные формы нарушений онтогенеза, включая и постнатальный, преимущественно ранний, ограниченный теми сроками развития, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости /8/.

Одним из основных компонентов постнатального дизонтогенеза является **психический дизонтогенез**, который В. В. Ковалев определяет как **нарушение психического развития в детском и подростковом возрасте в результате расстройства созревания структур и функций головного мозга**.

Психический дизонтогенез может быть обусловлен как патогенными биологическими факторами (генетическими, экзогенно-органическими и др.), так и более или менее длительно действующими неблагоприятными микросоциально-психологическими средовыми воздействиями. В наиболее неблагоприятных случаях дизонтогенез может быть вызван сочетанием биологических и социально-средовых факторов.

Традиционно клиницисты выделяют два основных типа психического дизонтогенеза: ретардацию и асинхронию. В. В. Ковалев в дополнение выделяет третий тип дизонтогенеза, который может быть весьма условно обозначен как регрессивный.

Под *ретардацией* понимают запаздывание или приостановку психического развития. Ретардация может быть *общей (тотальной)* и *частной (парциальной)*. В первом случае говорят о запаздывании или приостановке всего психического и личностного развития в целом. В последнем — о запаздывании или приостановке развития отдельных психических функций, компонентов психики, отдельных свойств личности (или психомоторики, или речи, или произвольных форм регуляции и т. п.).

Асинхрония определяется как искаженное, диспропорциональное, дисгармоническое психическое развитие. Она характеризуется выраженным опережением развития одних психических функций и свойств личности и значительным отставанием темпа и сроков созревания других функций и свойств, что становится основой дисгармонической структуры личности и психики в целом /8/.

Третий тип психического дизонтогенеза, выделенный В. В. Ковалевым, связан с механизмами высвобождения и фиксации более ранних онтогенетических форм нервно-психического реагирования. Сущность данного типа составляет временный возврат к незрелым формам нервно-психического реагирования.

Дизонтогенетический подход предъявляет особые требования к методам исследования нарушений психики. Количественное шкалирование уровня психического развития с помощью тестов в большинстве случаев дает преимущественно негативную оценку отклонений развития, не отражая внутренней структуры соотношения дефекта с сохранным фондом развития, и поэтому недостаточно информативно в плане прогноза и психолого-педагогических воздействий. В связи с этим специфической задачей детской патопсихологии является определение качественного характера нарушения психического развития ребенка.

В решении этой задачи патопсихология тесно взаимодействует с двумя другими отраслями знаний: с детской психиатрией и специальной психологией. Как уже отмечалось, именно в детской психиатрии, начиная с 20-х гг. прошлого века, сложился онтогенетический подход к анализу психических заболеваний в детском возрасте. Именно психиатры ввели в обиход понятие дизонтогении, определили этиологические факторы и патогенетические механизмы, основные клинические формы проявления дизонтогенеза (Швальбе, Г. Е. Сухарева, В. В. Ковалев и др.).

В специальной психологии (являющейся составной частью и теоретической основой дефектологии, специальной педагогики) большое внимание уделяется изучению закономерностей психического развития аномальных детей. Большой вклад в изучение аномалий развития, выявление закономерностей психического развития детей со стойким психофизическим дефектом внес Л. С. Выготский, который обосновал положение о том, что развитие аномального ребенка подчиняется тем же основным закономерностям, которые характерные для психического развития всех детей. Он также выделил специфические закономерности психического развития, характерные для аномальных детей. Л. С. Выготским была выдвинута идея о сложной структуре аномального развития ребенка. Согласно этой идее нарушение психического развития аномальных детей носит системный характер, т. е. наличие психического или физического дефекта приводит к целому ряду отклонений, в результате чего возникает сложная целостная картина атипичного развития. В сложной структуре дефекта Л. С. Выготский выделял первичный (биологически обусловленный) дефект и вторичный дефект, возникающий опосредованно в процессе аномального социального развития.

Л. С. Выготский первым обосновал необходимость структурно-динамического изучения аномального развития психики, необходимость анализа патопсихологических механизмов психического дизонтогенеза. Он считал, что психологическое изучение аномального ребенка обязательно должно проходить путь от изучения отдельных симптомов дизонтогенеза к изучению его синдромов и далее — к типу дизонтогенеза. Только такой подход позволит осуществлять дифференцированную диагностику и дифференцированную коррекцию нарушений развития.

1.8.2. Патопсихологические параметры психического дизонтогенеза.

В. В. Лебединский /10/, основываясь на этих взглядах Л. С. Выготского (которые не потеряли своей актуальности и по сей день), выделил четыре патопсихологических параметра, определяющих характер психического дизонтогенеза. По его мнению, то, как именно будет нарушаться психическое развитие в каждом конкретном случае, зависит от:

1) функциональной локализации нарушения;

2) времени поражения;

3) соотношения первичного и вторичного дефектов;

4) характера нарушения межфункциональных взаимодействий в процессе аномального системогенеза.

Первый параметр связан с *функциональной локализацией нарушения*. Так как мозговая организация психических функций имеет сложное системное строение, то нарушения различных структур мозга будут иметь разные последствия. В связи с этим выделяют общий и частный дефект.

Общий дефект связан с нарушением регуляторных систем как корковых, так и подкорковых. Нарушения подкорковых регуляторных систем (в первую очередь ретикулярной формации, базальных подкорковых ядер) приводят к снижению уровня бодрствования, нарушениям психической активности, патологии влечений, элементарным эмоциональным расстройствам. При нарушениях корковых регуляторных систем (дисфункции деятельности лобных долей мозга, например) отмечается недостаточность целенаправленности, программирования, контроля, обусловливающая дефекты интеллектуальной деятельности и нарушения более сложных, специфически человеческих эмоциональных образований (высших чувств).

Частный дефект связан с нарушением деятельности различных анализаторов (в первую очередь их корковых отделов). Частный дефект приводит к дефицитарности отдельных функций гнозиса, праксиса, речи.

Имеется определенная иерархия общих и частных нарушений. Общий дефект, связанный с нарушением регуляторных функций, влияет в той или иной степени на все стороны психического развития. Нарушения частных функций более парциальны и нередко могут компенсироваться за счет сохранных регуляторных и других частных систем.

Второй параметр психического дизонтогенеза связан с *временем поражения*. Характер аномалии развития будет различным в зависимости от того, когда возникло повреждение нервной системы.

Еще Л. С. Выготский указывал, что чем раньше произошло поражение нервной системы, тем вероятнее явление недоразвития психики. Чем позднее возникло нарушение нервной системы, тем более характерны явления повреждения с распадом структуры психических функций.

Такая закономерность определяется не столько хронологическим моментом, сколько длительностью периода развития той или иной функции. Повреждаются чаще функциональные системы с относительно коротким временным циклом развития (функции, имеющие подкорковую локализацию, формирование которых в онтогенезе завершается относительно рано). Корковые же функции, имеющие более длительный период развития, при раннем воздействии вредности чаще либо стойко недоразвиваются, либо задерживаются в своем развитии.

Вероятность поражения той или иной функции связана также с наличием сенситивных периодов в их развитии. Как известно, сенситивные периоды характеризуются наибольшей интенсивностью развития функции. Однако, в силу непрочности, неустойчивости формирующейся функции, они являются и наиболее уязвимыми по отношению к различным вредностям. Поэтому, если время поражения нервной системы приходится на период, сенситивный для развития какой-либо функции, то именно эта функция в первую очередь и подвергается опасности недоразвития или повреждения.

В психическом развитии ребенка выделяются периоды, в которых большинство психофизических систем находятся в сенситивном состоянии, и периоды, для которых характерна достаточная устойчивость психических функций. Основными сенситивными периодами детства являются, как известно, возрасты 0-3 года и 11-15 лет. Именно в эти периоды наиболее интенсивно развиваются все стороны психики и личности ребенка. Поэтому именно в эти периоды наиболее велика вероятность психических нарушений. Период от 4 до 11 лет является наиболее устойчивым по отношению к различным вредностям.

Третий параметр психического дизонтогенеза характеризует *взаимоотношения между первичным и вторичным дефектом*. Как уже указывалось ранее, Л. С. Выготский в сложной структуре дефекта, характеризующего нарушения психического развития, выделял первичные (вытекающие непосредственно из биологического характера болезни) и вторичные симптомы. Последние возникают опосредованно, в процессе аномального социального развития. Именно вторичные нарушения, имеющие социальную природу, по мнению Л. С. Выготского, должны становиться объектом психолого-педагогического изучения и коррекции.

В процессе развития изменяется иерархия между первичными и вторичными нарушениями. На первых порах основным препятствием к развитию, обучению и воспитанию является биологически обусловленный первичный дефект. Первичный дефект может иметь характер недоразвития или повреждения. Может наблюдаться и сочетание этих нарушений. Например, при олигофрении может иметь место недоразвитие корковых систем и повреждение подкорковых.

Механизмы возникновения вторичных нарушений могут быть различны. Вторично недоразвиваются те функции, которые непосредственно связаны с поврежденной (недоразвитие устной речи при повреждении деятельности слухового анализатора, например). В этом случае говорят о специфическом недоразвитии. Специфичность недоразвития уменьшается по мере удаления основного дефекта. Чем сложнее и опосредованнее психический процесс, тем больше различных факторов может привести к сходному результату вторичных нарушений. Например, при различных первичных сенсорных, моторных, эмоциональных или речевых дефектах, наряду со специфическими вторичными дефектами, как правило, возникает задержка психического развития.

Направление вторичного недоразвития, по выражению Л. С. Выготского, может быть «снизу вверх» или «сверху вниз». Основным является направление «снизу вверх», когда нарушение более элементарных функций ведет к недоразвитию более сложных. Однако возможен и противоположный вариант: дефект высших функций служит причиной того, что не происходит перестройка базальных функций, «подтягивание» их на более высокий уровень функционирования, как это случается при нормальном варианте развития. Тогда и говорят о дефекте «сверху вниз». Например, при олигофрении именно недоразвитие мышления является причиной того, что потенциально более сохранные гнозис и праксис не достигают оптимального уровня развития.

Важным фактором возникновения вторичных нарушений служит социальная депривация. Дефект, препятствуя нормальному общению, тормозит приобретение знаний и умений и приводит к вторичной микросоциальной и педагогической запущенности, а также к нарушению развития личностной сферы. Если вовремя не предприняты меры по психолого-педагогической коррекции этих социальных «наслоений», то в дальнейшем картина нарушения помимо запущенности усугубляется возникновением негативного отношения личности к процессу обучения и воспитания вообще. Такое негативное отношение к школе, к педагогам в свою очередь является одним из ведущих факторов в формировании нарушения поведения у подростков.

Таким образом, если на первых порах препятствием к обучению и воспитанию ребенка является первичный дефект, то в дальнейшем именно вторичные нарушения психического и личностного развития начинают определять более широкий круг психологических возрастных проблем и препятствовать адекватной социальной адаптации. Поэтому ранняя психолого-педагогическая диагностика и коррекция дефекта во многом улучшает прогноз формирования личности и социальной компенсации детей с нарушениями психических функций.

Четвертый параметр дизонтогенеза связан с нарушением *межфункциональных взаимодействий* в процессе аномального системогенеза.

Современные представления о системном характере психики позволяют говорить о том, что в процессе психического развития возникновение новых качеств является результатом перестройки внутрисистемных отношений. В нормальном онтогенезе выделяют несколько типов межфункциональных отношений. К ним относятся: явления временной независимости функций, ассоциативные и иерархические связи. Первые два типа характерны для ранних этапов онтогенеза, а иерархические связи, являющиеся наиболее сложными, формируются в процессе усложняющейся предметной деятельности и общения. В норме эти типы связей отражают уровни функциональной организации психических процессов.

При патологии отмечается нарушение межфункциональных связей, приводящее к нарушению общего хода психического развития.

Временная независимость превращается в *изоляцию*. Изолированные функции, лишенные воздействия со стороны других психических функций, стереотипизируются, «зацикливаются» в своем развитии. Так, например, при некоторых формах олигофрении (при гидроцефалии) может встречаться хорошая механическая память и речь. Однако из-за нарушения мышления эти функции выступают изолированно, не приобретают характера осмысленных и опосредованных, поэтому остаются на более низком уровне реализации.

Ассоциативные связи при нарушениях деятельности ЦНС могут стать инертными, вследствие чего возникает их *патологическая фиксация*, трудности усложнения, перехода к иерархическим связям. В познавательной сфере патологическая фиксация проявляется в виде различных инертных стереотипов, в личностной сфере чаще встречаются аффективные фиксации. Например, в норме страхи являются наиболее типичными аффективными проявлениями в возрасте 3-10 лет. При патологии страхи, фиксируясь, распространяются и на более поздние возрастные периоды и тормозят психическое развитие. Патологическая фиксация приводит и к нарушению своевременной инволюции более ранних форм психической деятельности, также замедляя этим психическое развитие.

В большей степени при патологии страдает развитие сложных иерархических связей. Эти связи оказываются недоразвитыми, нестойкими, при малейших затруднениях отмечается их регресс. Например, у детей с задержкой психического развития, уже освоивших устный счет, при любом затруднении отмечается возврат к счету на пальцах. Такие явления встречаются и у здоровых людей при слишком сложном задании или при переутомлении, однако они носят временный характер. В случаях, когда регрессии обусловлены нарушением психических функций, они носят стойкий характер и требуют специальной коррекции.

Механизмы изоляции, патологической фиксации, нарушение инволюции ряда психических функций, временные и стойкие регрессии играют большую роль в формировании асинхронии психического развития.

1.8.3. Классификация психического дизонтогенеза.

Как отмечалось ранее, в клинике выделяют несколько типов психического дизонтогенеза. Причем в детской психиатрии основной упор делался на анализе нарушений психического развития в процессе текущего психического заболевания (шизофрения, эпилепсия), на динамике дизонтогенетических форм психической конституции (различные формы психопатий) и на аномальном развитии личности в результате влияния отрицательных условий воспитания (варианты патохарактерологического формирования личности).

В. В. Лебединский, положив в основу классификации вариантов психического дизонтогенеза своеобразные сочетания его патопсихологических параметров, дополнил имеющуюся клиническую классификацию. Он включил в нее варианты, которые были в лучшей степени изучены в дефектологических исследованиях дизонтогенеза, обусловленного, как правило, уже завершенным болезненным процессом (связанного с резидуальными органическими поражениями ЦНС, дефектами анализаторных систем).

В. В. Лебединский выделяет следующие варианты психического дизонтогенеза:

I — недоразвитие;

II — задержанное развитие;

III — поврежденное развитие;

IV — дефицитарное развитие;

V — искаженное развитие;

VI — дисгармоничное развитие.

Приведенная классификация не находится в противоречии с клинической классификацией типов дизонтогенеза. Она детализирует и дополняет ее. При этом варианты психического дизонтогенеза могут быть сгруппированы на основе выделения главного качества нарушения развития. Можно выделить группу аномалий, обусловленных отставанием развития (ретардация): недоразвитие, задержанное развитие. В группу аномалий, в которых ведущим признаком является диспропорциональность (асинхрония) развития, входят искаженное и дисгармоничное развитие. Поврежденное и дефицитарное развитие объединяет то, что они вызываются поломкой отдельных функций.

В. В. Лебединским описаны клинические проявления, являющиеся основными моделями различных вариантов психического дизонтогенеза.

Типичным примером стойкого **недоразвития** является олигофрения. Для этого типа дизонтогенеза характерно раннее время поражения нервной системы, когда имеет место выраженная незрелость мозговых систем, в первую очередь наиболее сложных, обладающих длительным периодом развития.

Задержанное психическое развитие характеризуется замедлением темпа формирования познавательной и личностной сфер с их временной фиксацией на более ранних возрастных этапах. При различных вариантах задержанного развития (задержках конституционального генеза, соматогенных, психогенных задержках и задержках церебрально-органического генеза) соотношение нарушения темпов развития познавательной и личностной сфер может быть различным.

Поврежденное развитие имеет сходную с недоразвитием и задержанным развитием (в первую очередь, с ЗПР церебрально-органического генеза) этиологию: наследственные заболевания органические поражения ЦНС. Основное отличие заключается в более позднем времени патологического воздействия на мозг (после 2-3 лет), когда большая часть мозговых систем уже сформировалась. Характерной моделью поврежденного развития является органическая деменция.

Дефицитарное развитие представляет собой особый вид дизонтогенеза, связанный не с психическими заболеваниями, а с тяжелыми нарушениями отдельных анализаторных систем (зрения, слуха) и речи.

Искаженное развитие характеризуется сложными сочетаниями общего недоразвития, задержанного, поврежденного и ускоренного развития отдельных психических функций, что приводит к формированию ряда качественно новых, не свойственных нормальному онтогенезу, патологических образований. Как правило, в основе этого типа дизонтогенеза лежит текущий болезненный процесс. Наиболее характерной моделью искаженного развития является дизонтогенез при синдроме раннего детского аутизма.

Основой **дисгармонического развития** является врожденная либо рано приобретенная стойкая диспропорциональность психики преимущественно в эмоционально-волевой сфере. Моделью дисгармонического развития является ряд психопатий, а также патохарактерологические формирования личности в результате неправильного воспитания /10/.

Таким образом, детский патопсихолог или педагог-психолог, осуществляющий свою деятельность с позиций патопсихологического подхода, при анализе нарушений психической деятельности детей должен учитывать как структурно-динамические особенности нарушения, так и дизонтогенетические параметры, лежащие в его основе.

Контрольные вопросы

1. Что является предметом патопсихологии?

2. В чем заключаются основные различия патопсихологического и психопатологического подходов к изучению психических расстройств?

3. Какая из практических задач патопсихологии является основной, и в каких ситуация она обычно решается?

4. В чем сходство и различие задач, решаемых в детской патопсихологии и в патопсихологическом исследовании взрослых?

5. В чем сущность применения патопсихологического подхода в деятельности педагога-психолога, работающего в системе образования?

6. Какие критерии психического расстройства выделяет Н. М. Белопольская?

7. Какую роль сыграли культурно-историческая концепция Л. С. Выготского и теория деятельности А. Н. Леонтьева в становлении и развитии патопсихологии?

8. Какое значение играют патопсихологические исследования в решении проблемы соотношения биологического и психологического в развитии человека?

9. Что такое психический дизонтогенез, каковы его основные клинические типы?

10. Какие патопсихологические параметры психического дизонтогенеза выделил В. В. Лебединский?

11. Назовите основные варианты психического дизонтогенеза по В. В. Лебединскому.

12. Моделью какого варианта психического дизонтогенеза является синдром раннего детского аутизма?

13. Что такое асинхрония психического развития?

14. Что такое первичный и вторичный дефект? Каково соотношение между первичным и вторичными дефектами?

15. К какому параметру психического дизонтогенеза относится явление патологической фиксации, и в чем его сущность?

Раздел 2. Методы патопсихологического исследования.

2.1. Общая характеристика методов патопсихологического исследования.

Патопсихология, как и любая другая отрасль психологии, опирается на систему методов, сложившуюся в современной психологической науке. Однако характер стоящих перед ней задач и особенности предмета исследования определяют специфику выбора используемых методов и методик, технологии их применения. Патопсихологическое исследование является комплексным, так как его целью является выявление не отдельных компонентов, а целостной структуры психической деятельности психически больных людей. Основным методом патопсихологии, по мнению отечественных патопсихологов (Б. В. Зейгарник, С. Я. Рубинштейн, В. В. Лебединский и др.), является эксперимент, а в качестве дополнительных используются наблюдение, беседа, анализ продуктов деятельности, анализ истории жизни заболевшего человека (анализ анамнестических сведений), сопоставление экспериментальных данных с историей жизни. В последнее время в патопсихологии (вернее, клинической психологии) активно используются психодиагностические методы и методики (тесты, проективные, опросные). О правомерности и возможности использования психодиагностических приемов в патопсихологическом исследовании в дальнейшем будет сказано особо.

Сущность патопсихологического эксперимента, как и любого другого психологического эксперимента, заключается в искусственном создании условий, выявляющих те или иные особенности психической деятельности человека. Преимущества эксперимента перед наблюдением заключаются в том, что изучаемое явление специально создается или вызывается, поэтому оно может многократно наблюдаться и объективно регистрироваться в специально созданных варьирующихся условиях. С. Я. Рубинштейн указывала, что именно благодаря эксперименту причина явления отделяется от условий, в которых оно развивается, становятся известными условия, усиливающие, ослабляющие или уничтожающие данное явление, т. е. становится возможным познание самой сущности явления. Поэтому экспериментальный метод должен играть ведущую роль в исследовании патологии психики, так как он позволяет перейти от описания психопатологических явлений к анализу их причин и механизмов /18/.

Наряду с общими чертами, присущими патопсихологическому эксперименту и экспериментально-психологическому исследованию здоровых людей, между ними имеются существенные различия. Основное различие как раз заключается в том, что патопсихолог обследует пациента, страдающего психическим заболеванием. Само психическое заболевание по сути является особым естественным экспериментом, который природа ставит над психикой. Поэтому в патопсихологическом эксперименте, наряду с воздействиями экспериментатора, на проявления психической деятельности оказывают влияния не контролируемые, а лишь фиксируемые психологом воздействия, обусловленные болезнью. Другими словами, патопсихологический эксперимент является одновременно спровоцированным экспериментом и экспериментом, на который ссылаются /17/ . Как известно, под спровоцированным экспериментом понимают такой эксперимент, при котором экспериментатор воздействует на независимую переменную и наблюдает вызванные его вмешательством результаты, а об эксперименте, на который ссылаются, говорят в тех случаях, когда изменение независимой переменной происходит вне связи с деятельностью экспериментатора.

Такой сложный характер патопсихологического эксперимента сказывается на технологии его проведения, требует от патопсихолога учета взаимосвязи множества факторов, влияющих на ход и результат психической деятельности больного. Поэтому в основе патопсихологического экспериментального исследования должны лежать принципиально иные, нежели в других экспериментальных исследованиях (например, психодиагностических), методологические и методические принципы. Б. В. Зейгарник /6/ сформулировала ряд принципиальных положений, на которых должно базироваться экспериментальное исследование, отвечающее целям и задачам патопсихологии.

2.2. Принципы патопсихологического экспериментального исследования.

Основным принципом построения патопсихологического экспериментального исследования является **принцип качественного анализа особенностей протекания психических процессов больного**. На начальных этапах существования клинической психологии в клинической практике господствовал метод количественного измерения психических процессов. Такой подход был обусловлен тем, что в то время в психологии, обретшей статус экспериментальной науки, исследование психики сводилось к выделению и изучению отдельных психических функций (памяти, восприятия, мышления, внимания и т. п.). В рамках такого функционалистского подхода сущность психологического исследования заключалась в измерении каждой отдельной функции, к установлению ее количественных характеристик. Наиболее адекватным решению таких задач являлся метод тестов. Так как общепсихологическая теория и практика являются методологической и методической основой клинической психологии, то функционалистский подход и соответствующий ему метод тестирования были перенесены в практику исследования распада психических функций. Исследование нарушения психики сводилось к установлению степени количественного отклонения от «нормальных» показателей, в качестве которых чаще всего выступали статистические нормы. Метод количественных измерений до сих пор остается ведущим в работе клинических психологов за рубежом. В последнее время он все активнее внедряется в практику отечественной клинической психологии. Однако, несмотря на то, что в свое время метод тестов заслуженно признавался самым объективным из методов психологического исследования, он справедливо подвергался критике. Наибольшей известности и распространенности во всем мире достигла тестовая школа измерения интеллекта Бине—Симона. На основе этой шкалы, в частности, проводилось (а во многих странах и до сих пор проводится) отграничение детей с нормальным, сохранным интеллектуальным уровнем от детей с задержкой, недоразвитием интеллекта. Методологической основой данного метода являлось представление о том, что интеллектуальные способности ребенка фатально предопределены наследственными факторами и практически не зависят от обучения и воспитания. Каждому ребенку поэтому свойственен определенный возрастной интеллектуальный показатель (коэффициент интеллектуальности — IQ), мало изменяющийся со временем. Л. С. Выготский, критикуя широко распространенную практику использования метода Бине—Симона, считал, что он позволяет судить только о количестве приобретенных знаний, умений и навыков, а не о строении и качественных особенностях умственной деятельности детей, поэтому количественные измерения интеллекта не дают возможности прогнозировать дальнейшее развитие ребенка.

На этом примере четко выступают ограниченные возможности использования количественных тестовых измерений в исследовании больных. При использовании методов, направленных на измерение психических функций, не могут быть учтены ни особенности психической деятельности,

ни качественная сторона нарушений, ни возможности компенсации, анализ которых является необходимым при решении клинических задач, в первую очередь связанных с психокоррекцией. Путем измерения выявляются лишь конечные результаты работы, сам же ее процесс, все многообразие качественных особенностей деятельности испытуемого остаются «за кадром» научного познания. А это противоречит целям и задачам патопсихологического исследования, которое должно быть направлено как раз на раскрытие психологических механизмов, закономерностей распада психической деятельности больного, а не на констатацию наличия у него отклонения от нормы.

В отечественной психологии сложился вполне определенный взгляд на природу психического, согласно которому психические процессы формируются прижизненно в ходе присвоения общественно-исторического человеческого опыта в процессе деятельности и общения. Поэтому патопсихологический эксперимент должен быть направлен не на исследование и измерение отдельных психических функций, а на исследование человека, совершающего реальную деятельность, на выявление механизмов нарушений деятельности и возможностей ее восстановления. Качественный анализ особенностей протекания психических процессов больного, в противовес сугубо количественному измерению результата этого процесса, является основополагающим принципом построения патопсихологического экспериментального исследования. Качественный подход позволяет патопсихологу не столько определить, *каков уровень* развития той или иной психической функции, *насколько* он соответствует или *не соответствует* нормативному стандарту, сколько ответить на вопрос, *как* осуществлялся сам психический процесс, *чем* были обусловлены выявляемые ошибки и трудности.

Приоритет качественного анализа не означает полного отказа от количественных характеристик экспериментальных данных. Естественно, количественные показатели, статистическая обработка материала должны использоваться там, где поставленная задача этого требует и допускает, но количественный анализ не может заменить собой качественную характеристику нарушений психики.

Использование качественного анализа в патопсихологическом экспериментальном исследовании позволяет успешно решать одну из самых сложных диагностических задач — получение данных для постановки дифференциального диагноза. Как известно, различные психические расстройства могут проявляться сходным образом в нарушениях познавательной деятельности, поведения. За одним и тем же патопсихологическим симптомом могут стоять различные механизмы. Например, нарушение опосредованной памяти в одном случае может быть связано с нарушением умственной работоспособности (при астениях органического генеза), в другом — с нарушением целенаправленности мотивов (у «лобных» больных, при шизофрении), в третьем — со снижением уровня обобщения (при олигофрении, деменции). Другими словами, характер нарушений психики не является специфическим для того или иного заболевания или формы его течения, он является лишь типичным для них и может быть оценен лишь в комплексе с данными целостного патопсихологического исследования. Т. е. анализ патопсихологических данных должен носить не только качественный, но и системный характер. В патопсихологии необходим не столько симптоматический, сколько синдромальный анализ (А. Р. Лурия).

Реализации этого требования способствует вытекающий из основного принципа патопсихологического исследования **принцип моделирования психической деятельности**, т. е. той деятельности, которую человек осуществляет в своей повседневной жизни (в процессе учебы, профессиональной деятельности, общения). Б. В. Зейгарник приравнивала экспериментальное патопсихологическое исследование к широко используемому в медицинской практике методу «функциональной пробы», который состоит в испытании деятельности какого-либо органа или системы. В патопсихологическом эксперименте роль такой функциональной пробы могут играть экспериментальные задания, при решении которых актуализируются познавательные действия и личностное отношение больного к заданию, к экспериментальной ситуации в целом. Другими словами, экспериментальное патопсихологическое исследование должно выступать в роли агента, который «провоцирует» проявление своеобразия психической деятельности больного и системы его отношений к себе и окружающему.

Патопсихолог должен рассматривать все компоненты экспериментальной ситуации, все, что происходит во время и по поводу эксперимента, так как ситуация эксперимента является отрезком реальной жизни, в которой всесторонне проявляются особенности личности и деятельности больного. Другими словами, экспериментальную ситуацию можно рассматривать как модель реальной жизненной ситуации больного, как отрезок его реальной жизни. Такой подход к патопсихологическому эксперименту делает его прогностичным. Например, если во время экспериментального исследования ребенок самостоятельно не замечает допущенных им ошибок, но при стимулирующей помощи может их скорректировать, то велика вероятность, что низкие

результаты его учебной деятельности также обусловлены несформированностью саморегуляции познавательной деятельности и вместе с тем могут быть улучшены.

Понимание патопсихологического исследования как модели реальной психической деятельности больного требует пристального анализа всех элементов поведения во время его проведения: реакций на инструкцию, на содержание экспериментальных заданий, на трудности и ошибки, возникающие в ходе их решения, на оценки результатов действий самим испытуемым и экспериментатором, на оказываемую больному помощь, на изменение условий протекания деятельности и т. п. Очевидно, что такой подход требует именно качественного анализа, должен быть системным, а также предъявляет особые требования к процедуре проведения исследования.

Еще одним важным принципом патопсихологического исследования является обязательный учет роли личностного компонента в психической деятельности. Рассматривая высшие психические функции как сложные виды психической деятельности, необходимо признать, что выполняют мыслительную, перцептивную, мнестическую деятельность не мозг, не мышление или восприятие (память) сами по себе. Субъектом любой деятельности, в том числе и перцептивной, мнестической, мыслительной, является личность, т. е. человек, являющийся носителем системы социальных отношений.

Другими словами, сущность психических и психопатологических явлений раскрывается не только в процессе и результатах деятельности человека, но и в системе отношений человека к этой деятельности, к ситуации, в которой эта деятельность разворачивается. На это указывал в свое время В. Н. Мясищев. Отношения человека связаны со структурой его личности, с его потребностями, мотивами, с его эмоциональными и волевыми особенностями.

Под влиянием болезни у человека зачастую возникают патологические изменения личности, которые оказывают существенное влияние на протекание всей психической деятельности в целом, так как именно личность является субъектом деятельности. Индикаторами патологических изменений личности являются изменения системы отношений человека к себе и окружающему. У него скудеют интересы, мельчают потребности, действия теряют целенаправленность, становятся бездумными, человек перестает регулировать свое поведение, адекватно оценивать свои возможности. Причем эти изменения проявляются как в реальной жизни, так и в искусственно созданной экспериментальной ситуации. Поэтому само отношение больного к ситуации, к себе, а не только ход и результат деятельности, должно стать предметом исследования, должно быть отражено в построении эксперимента.

Реализация выделенных принципов патопсихологического исследования предъявляет особые требования к его проведению. Требование системного качественного анализа всей психической деятельности и системы отношений во время проведения эксперимента откладывает отпечаток на технологии его проведения.

В отличие от обычного экспериментального исследования (особенно его психодиагностического варианта), патопсихологический эксперимент по сути является совместной деятельностью экспериментатора и испытуемого, в контекст которого тесно вплетено общение. В реальной жизни человек, выполняющий какую-либо деятельность, особенно если он еще не овладел ею, обязательно вступает в контакты с другими людьми по ее поводу. Зачастую именно неумение наладить контакт, попросить о помощи, адекватно принять ее, приводит к неуспеху в освоении и выполнении деятельности, поэтому в экспериментальной ситуации психолог не только может, но и должен вступать в общение с испытуемым по поводу экспериментального задания или ситуации, в которой оно реализуется. Как известно, требования, предъявляемые к проведению психодиагностических методов (особенно тестовых), сводят к минимуму или запрещают свободное общение экспериментатора и испытуемого.

Существенные отличия наблюдаются и в технологии проведения психодиагностического и патопсихологического эксперимента. Технология проведения тестовых методик строго регламентирована, требует создания унифицированных стандартных условий. Психолог должен жестко придерживаться имеющегося алгоритма проведения исследования. Такое требование отвечает основной цели психодиагностического исследования — сопоставлению психологических показателей. Так как перед патопсихологом стоит иная цель — выявление качественного своеобразия протекания психической деятельности конкретного больного, то требования стандартизации, жесткой регламентации процедуры исследования здесь неуместны. Патопсихолог, конечно же, создает определенную программу исследования, но такая программа является всегда вариативной, изменчивой, не жестко алгоритмизированной, так как совместная деятельность психолога и испытуемого развивается в реальной ткани их взаимодействия, всегда индивидуальна и неповторима и поэтому не может быть жестко задана заранее. Вот поэтому патопсихологическое исследование и является более сложным, более тонким инструментом психологического познания, так как оно осуществляет переход от фиксации внешних проявлений психических нарушений к выявлению их внутренних механизмов.

Еще одной особенностью патопсихологического эксперимента является необходимость обнаруживать не только структуру измененных, но и сохранных форм психической деятельности больного. Это позволяет, во-первых, реализовать системный подход в исследовании психики больного. Именно характерное сочетание сохранных и нарушенных сторон психической деятельности определяет своеобразие патопсихологических синдромов, на выявление которых в сущности и направлено все патопсихологическое исследование. Во-вторых, обнаружение сохранных сторон психики при патопсихологическом эксперименте особенно важно при реализации психокоррекционных мероприятий. На необходимость такого подхода указывал в свое время А. Р. Лурия, говоря о том, что успешность восстановления нарушенных сложных психических функций зависит от того, насколько восстановительная работа опирается на сохранные звенья психической деятельности. В отечественной психологии сложилось представление о том, что психофизиологическими механизмами высших психических функций является деятельность функциональных систем (П. К. Анохин, А. Р. Лурия). Поэтому при распаде ВПФ их восстановление должно идти по типу перестройки лежащих в их основе динамических функциональных систем.

К аналогичным выводам приходят специалисты, работающие в области восстановления речи (Э. С. Бейн, В. М. Коган, Л. С. Цветкова), считающие, что восстановительная работа должна базироваться на оживлении оставшихся в сохранности знаний. Правомерность таких выводов была подтверждена при экспериментальном исследовании и восстановлении не только «узких» функций (речи, праксиса), но и более сложных форм психической деятельности больных, например, утраченной умственной работоспособности.

Для того чтобы патопсихологический эксперимент мог выявить сохранные звенья измененной психической деятельности, он должен быть направлен не только на анализ результатов этой деятельности. Более важными для выявления сохранных компонентов деятельности и для прогноза восстановления функций являются данные о том, как больной осуществляет поиск решения, насколько он восприимчив к оказываемой ему помощи, может ли он ею воспользоваться. Решение такой задачи становится возможным, как уже отмечалось, за счет активной позиции, которую занимает патопсихолог в проведении исследования.

Таким образом, можно выделить следующие принципы построения патопсихологического экспериментального исследования:

1) системный качественный анализ психической деятельности больного;

2) моделирование психической деятельности в экспериментальных условиях;

3) апелляция к личности больного, актуализация его личностных отношений;

4) активная позиция патопсихолога во время эксперимента, рассматриваемого как совместная с испытуемым деятельность;

5) выявление не только нарушенных, но и сохранных сторон психической деятельности для опоры на них в психокоррекционной работе.

2.3. Беседа и наблюдение в структуре патопсихологического эксперимента.

Ранее отмечалось, что патопсихологическое исследование носит комплексный характер и наряду с основным экспериментальным методов включает в себя проведение беседы с больным и наблюдение за его поведением во время исследования.

Беседа, являясь одним из методов научного познания, представляет собой получение информации на основе вербальной (словесной) коммуникации /9/. Клиническая или направленная беседа широко используется в клинической практике, являясь одним из диагностических методов. В используемой в патопсихологическом исследовании беседе (или беседе с больным испытуемым) выделяют две части. Первая часть — это беседа в узком смысле слова. В данном случае экспериментатор беседует, разговаривает с больным, не проводя никакого эксперимента. Вторая часть беседы — это беседа во время эксперимента.

Беседа в узком смысле слова не может быть проведена «вообще». Она носит клинический характер, т. е. всегда должна иметь цель, зависящую от поставленной задачи. Как правило, в клинике задача ставится перед психологом лечащим врачом. Возможные варианты задач, которые ставит перед патопсихологом врач, нами были описаны ранее. Это задача дифференциальной диагностики, или получения данных, важных для принятия экспертного решения, или задача определения влияния психофармакологических средств на психический статус больного и т. п. Соответственно конкретной практической задаче психолог выбирает стратегию своих действий и

беседы. Например, врач просит посмотреть экспертного больного с целью выявления степени его интеллектуального и личностного снижения либо выявления признаков установочного поведения. Тогда беседа должна строиться таким образом, чтобы выявить значимые в диагностическом плане особенности психики и личности больного. Другими словами, клиническая беседа всегда имеет диагностическую направленность. Иногда врач (как правило, не очень опытный врач) не может четко сформулировать конкретную задачу, а просто просит психолога посмотреть «очень сложного больного». В этом случае сам патопсихолог на основе тщательного изучения истории болезни должен понять, какая перед ним стоит задача и с какой целью он должен проводить беседу с больным. С такой же проблемой сталкивается педагог-психолог, проводящий патопсихологическое обследование ребенка вне стен психиатрического стационара по запросу педагогов и родителей.

Содержание задаваемых вопросов должно соответствовать стоящей перед психологом задаче. Причем вопросы, которые задает патопсихолог, не должны носить сугубо клинический характер, т. е. не должны быть направлены на выявление признаков болезненного состояния. Оценка клинической картины нарушения входит в функции врача, а не психолога. Поэтому в беседе психолог должен получить психологическую информацию, касающуюся особенностей познавательной деятельности (памяти, мышления, внимания, речи). Целесообразно также включать в беседу вопросы, позволяющие определить особенности ориентировки в месте, времени, собственной личности, характеризующие состояние сознания на момент обследования.

Беседа, проводимая с детьми, должна помимо этого давать общее представление об уровне интеллектуального развития, о соответствии этого уровня возрасту ребенка. Особое внимание в беседе с детьми стоит уделять вопросам, касающимся особенностей и мотивов поведения, отношения к семье и школе, интересов, склонностей, затруднений в учебе, характеру взаимоотношений со сверстниками и взрослыми, отношения к своему дефекту, ситуации обследования. Впрочем, аналогичные вопросы важны и в беседе со взрослыми испытуемыми, так как ответы на них позволяют получить первоначальное представление о личности испытуемого и системе его отношений.

Кроме диагностической функции, связанной с получением информации об особенностях психической деятельности и личности больного, беседа выполняет еще и «настроечную» (психокоррекционную и психотерапевтическую) функцию. От отношения испытуемого к ситуации обследования, от его мотивации, настройки на работу и сотрудничество с экспериментатором, от его эмоционального состояния во многом зависит результат и процесс дальнейшего экспериментального исследования.

Как уже отмечалось, многими испытуемыми ситуация обследования воспринимается как экспертная (а в ряде случаев она таковой и является), т. е. ситуация, в ходе которой интеллект и личность обследуемого подвергнутся определенной оценке. Любая экспертная ситуация должна вызывать у человека определенный эмоциональный отклик, и это естественно. Однако, если вызванные такой ситуацией волнение, тревога, желание произвести благоприятное впечатление (или страх произвести неблагоприятное) приобретают гипертрофированный характер, то такая реакция может привести к нарушению или торможению деятельности испытуемого. Неадекватной является и противоположная реакция на экспериментальную ситуацию — когда больной безразлично, незаинтересованно относится к предстоящей работе. Кроме того, у некоторых больных имеется личный негативный опыт участия в патопсихологическом исследовании, поэтому они могут испытывать негативное отношение к взаимодействию с психологом и дальнейшей работе. Другие испытуемые, обладая низкой самооценкой, не верят в свои силы и поэтому боятся проявить себя в деятельности, заведомо ожидая неуспеха.

Как известно, наибольшей продуктивности в работе можно добиться при оптимальном уровне мотивации, а ее слишком высокий или слишком низкий уровень дезорганизуют деятельность. Так как в патопсихологическом исследовании стоит задача не просто констатировать недостаточность, наличие нарушений психической деятельности, а выявить потенциальные, компенсаторные, сохранные стороны ее, то неадекватное отношение к проводимому исследованию должно быть скорректировано.

С этой целью во время беседы психолог должен затратить определенные усилия на создание позитивной установки у больного на дальнейшую деятельность, на сотрудничество. Одних испытуемых, относящихся к обследованию несерьезно, пренебрежительно, надо убедить в его значимости в плане лечения, перспективы выписки, принятия экспертного заключения и т. п. У других испытуемых необходимо снять страх перед обследованием, убедить их в принципиальной возможности выполнения предлагаемых заданий, внушить им уверенность в своих силах. Таким образом, в ходе беседы создается определенный настрой на дальнейшую деятельность, корректируются неадекватные установки испытуемых.

Вопрос о том, когда проводить беседу, не имеет однозначного ответа. Это зависит и от того, какая задача стоит перед психологом, проводящим беседу, и от характера заболевания, и от

состояния испытуемого во время обследования. Обычно беседа проводится до начала экспериментальной работы, предваряет выполнение экспериментальных заданий, так как помимо диагностической функции выполняет еще и установочную, психокоррекционную или психотерапевтическую функции. Однако, если беседа проводится с больным, находящимся в подавленном эмоциональном состоянии, или с больным, неохотно вступающим в контакт из-за речевой заторможенности, из страха перед экспертной ситуацией (а ситуация патопсихологического обследования многими больными воспринимается как экспертная, оценочная), то целесообразнее провести ее после выполнения экспериментальных заданий. Иногда можно «вклинить» собственно беседу между выполнением отдельных экспериментальных заданий, если в ходе общения, возникшего по поводу выполнения заданий (при такой ситуации лучше начинать работу с невербальных заданий, вызывающий интерес у испытуемого), удалось установить продуктивный контакт. Иногда беседу с больным целесообразно проводить и до и после экспериментального исследования.

Рассмотрев вопросы, о чем и когда психолог должен вести беседу с больным, осталось ответить на самый трудный — как он должен осуществлять эту беседу. Патопсихологическое исследование вообще, и беседа в частности, как уже отмечалось ранее, не являются жестко алгоритмизированными, а должны гибко следовать логике развития взаимоотношений между психологом и испытуемым. Поэтому нет и быть не может единой для всех унифицированной схемы беседы (хотя многие начинающие исследователи стремятся найти в литературе и использовать именно такие варианты). Беседа предъявляет особые требования не только к теоретической и практической подготовке психолога, но и к его личностным качествам, в первую очередь к коммуникативным способностям.

Вместе с тем можно дать ряд общих рекомендаций, позволяющих построить беседу продуктивно и грамотно:

1. Так как беседа с больным носит клинический характер, то она должна быть построена в соответствии с принципами и технологией клинического интервью, применяемого в психологическом консультировании и психотерапии (см. ч. 1, раздел 3 данного учебника).

2. Основой для успешного проведения беседы и решения поставленных в ней задач является умение устанавливать доверительные отношения с испытуемым. Доверительное общение предполагает создание такой ситуации, в которой партнеры по общению не боятся делиться конфиденциальной информацией, ожидают, что полученная от них информация не будет использована им во вред. В ситуации патопсихологического обследования доверительные установки в общении могут быть реализованы только в том случае, если психолог безоценочно, тактично и уважительно относится к личности испытуемого, даже тяжело психически больного человека. Также важно, чтобы позиция, занимаемая психологом в диалоге, воспринималась испытуемым не как доминирующая, подавляющая или зависимая, а как позиция сотрудничества, искренней заинтересованности в его благополучии. Другими словами, соблюдение деонтологических принципов является обязательным для патопсихолога и служит основанием для успешного проведения беседы и всего исследования в целом.

3. Искусство беседы заключается в том, какие вопросы и как задает психолог. Не стоит забывать, что патопсихолог имеет дело с психически больными людьми, реакции которых зачастую бывают неадекватны. Поэтому в беседе следует избегать прямых вопросов, вопросов «в лоб», особенно если они касаются болезненных для больного тем (в качестве которых могут выступить вопросы оценочного характера, затрагивающие конфликтные, неприятные моменты его жизни и переживания). Не стоит задавать закрытые вопросы, требующие какого-либо однозначного ответа. В клинической беседе предпочтение должно отдаваться открытым вопросам, стимулирующим речевую активность больного.

4. Для установления эмоционально-доверительного контакта с больным беседа должна носить неформальный характер, по крайней мере, должна восприниматься больным как заинтересованный непринужденный разговор о его проблемах, как взаимодействие двух равных партнеров. Однако внешне непринужденная и неформальная беседа должна быть хорошо продумана, четко спланирована психологом. Программа беседы должна строиться заранее, на основе анализа предварительных данных о будущем испытуемом (полученных из анамнеза, из бесед с лечащим врачом, близкими больного). На форму проведения беседы и характер задаваемых вопросов влияют возраст, образовательный (культурный) уровень больного, особенности приема и переработки информации, характерные для него, возможность негативного отношения к исследованию, речевые особенности будущего испытуемого и др.

Вторая часть беседы — беседа во время эксперимента по существу представляет собой любую форму коммуникации (и вербальной и невербальной) с больным. Как уже отмечалось, патопсихологическое экспериментальное исследование рассматривается как совместная деятельность больного и экспериментатора, которая невозможна без продуктивного общения.

Во время выполнения экспериментальных заданий экспериментатор объясняет испытуемому инструкцию, уточняет, насколько хорошо он ее усвоил, интересуется теми основаниями, которыми руководствуется больной при выборе способа решения, дает оценку полученными результатам, оказывает помощь, стимулирует деятельность, корректирует (там, где это необходимо) самооценку и уровень притязаний и многое другое. Все это можно осуществлять как с помощью слов, так и невербальных компонентов общения (мимики, жестов, интонаций, пауз, выражения глаз и т. п.).

При этом психолог должен не только оказывать воздействие на состояние больного и его деятельность во время эксперимента, но и внимательно следить за его ответными реакциями (как вербальными, так и невербальными), так как зачастую именно адекватные или неадекватные реакции больного на вмешательство экспериментатора имеют большое диагностическое значение. Поэтому все значимые реакции больного должны быть зафиксированы в протоколе.

Но выявление и фиксация диагностически значимых элементов поведения и деятельности испытуемого является функцией другого психологического метода, а именно метода **наблюдения**. Как известно, наблюдение, под которым понимают преднамеренное систематическое и целенаправленное восприятие психических явлений, является одним из основных эмпирических методов психологического исследования /9/. В некоторых отраслях психологии наблюдение имеет статус самостоятельного и даже главного метода исследования (например, в детской психологии, особенно в исследовании детей ранних возрастов). В патопсихологии наблюдение не используется как самостоятельный и основной метод получения диагностических данных. Однако без наблюдения, которое выполняет вспомогательную, но весьма существенную роль, патопсихологическое исследование не может иметь полноценный характер, не может в полной мере успешно решать стоящие перед ним задачи.

Поэтому, будучи вспомогательным методом, наблюдение оказывается включенным в контекст других методов исследования; и беседы, и эксперимента. Оно как бы «пронизывает» ткань всего исследования и должно вестись в течение всего взаимодействия патопсихолога с больным. При этом наблюдение ни в коем случае не должно быть навязчивым, не должно само стать объектом внимания испытуемого.

Наблюдение, как известно, может быть сплошным и выборочным. Конечно, для патопсихологической диагностики интересны все поведенческие проявления больного (и вербальные, и невербальные), имеющие диагностическую значимость. Поэтому самым лучшим способом исследования этих поведенческих проявлений было бы сплошное наблюдение, а лучшим способом фиксации — скрытая аудиовизуальная запись, которую можно было бы неоднократно анализировать. Однако в реальных условиях работы патопсихолог лишен таких технических возможностей, а организация сплошного наблюдения является слишком трудоемкой. Поэтому психолог должен иметь представление о том, какие элементы поведения больного обязательно должны быть объектом его наблюдения, на что он должен обратить внимание и что необходимо зафиксировать в протоколе из всего многообразия речевых, двигательных, мимических и других реакций испытуемого.

Во-первых, следует обращать внимание (и, следовательно, фиксировать) те элементы поведения, которые являются типичными для тех или иных форм психических расстройств. Для этого патопсихолог должен быть хорошо знаком с основными проявлениями (симптомами) нарушения психических функций и личностной сферы, характерными для различных заболеваний.

Во-вторых, необходимо фиксировать те проявления поведения, которые являются нетипичными для личности самого больного, т. е. противоречат предварительным данным, полученным об этом больном из медицинских документов, отчетов окружающих, а также впечатлениям, полученным самим экспериментатором при общении с испытуемым в другое время. Эти нетипичные проявления могут быть свидетельством изменившегося психического состояния больного или проявлением установочности его поведения.

В-третьих, при работе с детьми обязательно следует обращать внимание на проявления, нетипичные для детей данного возраста (а при работе со взрослыми — нетипичными для людей с данным уровнем культуры и образования). Такие особенности поведения могут быть проявлениями дизонтогенеза или возрастных психопатологических расстройств.

В содержательном плане в наблюдении необходимо обращать внимание на то, как больной реагирует на замечания экспериментатора, на инструкцию и содержание различных заданий, на неудачное или удачное выполнение задания, как он относится к своему успеху (доволен или безразличен), как реагирует на помощь экспериментатора, на изменение условий проведения эксперимента (ограничение времени, предложение иного способа решения, помехи и т. п.). Особенно важно отметить, критически ли больной относится к допускаемым ошибкам, контролирует ли свои действия.

Таким образом, наблюдение, как и беседа, дополняет, уточняет данные эксперимента, позволяет рассмотреть психическую деятельность и личностные особенности больного в контексте выполнения экспериментальной деятельности и общения с экспериментатором как реальный пласт его жизни. Именно комплексный характер патопсихологического исследования позволяет изменить или установить правильный диагноз и назначить правильное лечение.

2.4. Этапы и технология проведения патопсихологического исследования.

Патопсихологическое исследование, как и любое другое научно обоснованное исследование, представляет собой особый вид деятельности, в которой закономерно выделяются различные компоненты, этапы. В любом психологическом исследовании выделяют как минимум два, а чаще три-четыре этапа: подготовительный, получение эмпирических данных, этап (этапы) анализа и интерпретации полученных данных. Такое деление на этапы правомерно и для патопсихологического исследования. Выделение этих этапов имеет условный характер, так как только все вместе они могут реализовать исследовательскую деятельность. Однако на каждом из выделяемых этапов патопсихолог выполняет различные действия в различных условиях.

2.4.1. Подготовка экспериментального исследования.

Подготовительный этап проводится до непосредственной встречи психолога с будущим испытуемым. Целью данного этапа является планирование будущего эмпирического исследования. С этой целью психолог решает две взаимосвязанные задачи: 1) построение программы (схемы) исследования и 2) получение предварительных данных о будущем испытуемом.

Подготовка программы исследования включает в себя постановку цели исследования, определение его конкретных задач, подбор адекватного этим задачам методического инструментария и выработку рабочей гипотезы о возможном характере нарушения психической деятельности больного, которая и будет подвергнута эпмирической проверке.

Цель исследования в условиях клиники, как отмечалось ранее, обычно определяет врач. Цель каждого конкретного исследования связана с одной из практических задач, которые призвано решать патопсихологическое исследование (задача постановки дифференциального диагноза, выявления степени нарушения психических функций, другие экспертные задачи, задача определения характера изменений психики в процессе проводимого лечения и т. п.).

В условиях образовательного учреждения цель исследования выдвигает сам психолог, исходя из анализа той проблемы, с которой к нему обратились педагоги или родители, по сути являющиеся заказчиками на проведение обследования ребенка. Как правило, это проблемы труднообучаемости и систематических нарушений поведения, за которыми усматриваются возможности наличия психических отклонений. В данном случае целью исследования, проводимого с позиций патопсихологического подхода, будет выявление наличия (или отсутствия) нарушений психической деятельности и личности «проблемного» ребенка и квалификация обнаруженного патопсихологического синдрома.

Конкретные *задачи* патопсихологического исследования определяются на основе поставленной цели и с учетом рабочей гипотезы о возможном характере нарушения. В задачах отражается необходимость всестороннего экспериментального исследования всех проявлений познавательной деятельности и личности больного (испытуемого): исследование его восприятия, мнестической деятельности, мышления, умственной работоспособности и внимания, особенностей самосознания, уровня притязаний, аффективной сферы, системы отношений личности и т. п. При исследовании детей с подозрением на нарушение интеллекта обязательно ставится задача выявления уровня обучаемости (так как обучаемость является одним из дифференциально-диагностических критериев, позволяющих отграничивать интеллектуальное недоразвитие от других вариантов нарушения интеллектуального развития: ЗПР, педагогической запущенности).

Правила подбора патопсихологических методик

Выбор конкретных *методик* не может быть случайным, он также определяется целью исследования и характером поставленных задач.

Как известно, методики, применяемые в психологическом исследовании, могут быть разделены на количественные и качественные, вербальные и невербальные. Кроме того, методики различаются по направленности: методики для исследования восприятия, памяти, мышления,

внимания, личности и т. п. Однако в отношении патопсихологических методик такое деление носит условный характер.

Так как основным принципом патопсихологического исследования является принцип качественного анализа психической деятельности, то приоритет в таком исследовании отдается качественным методикам. Однако любая методика, направленная на выявление качественных закономерностей психической деятельности больных, в большинстве случаев доступна количественному описанию результатов и статистической обработке. Использование в патопсихологическом исследовании количественных (психометрических) методик, служащих для измерения тех или иных психических функций, возможно, но только лишь при условии проведения качественного анализа получаемых с их помощью результатов и всего хода деятельности, осуществляемой испытуемым при их выполнении.

Разделение методик на словесные (вербальные) и предметные (невербальные) также весьма условно. Любая методика, даже если содержание заданий является невербальным, обязательно включает в себя использование речи. Объяснение инструкции, уточнение мотивов, которыми пользовался испытуемый при выполнении задания, оценивание правильности выполнения, рассуждения о способах решения и т. д. — все это, как правило, осуществляется и экспериментатором и испытуемым в речевой форме. Кроме того, процессы мышления, включенные в решение невербальных заданий, протекают у больного в форме внутренней речи, которая в сложных случаях (или по просьбе экспериментатора) может экстериоризироваться и приобрести развернутый внешнеречевой характер.

В большинстве методических пособий, включающих в себя описание различных экспериментальных методик (и патопсихологических в том числе), практикуется разделение методик в соответствии с их направленностью на исследование различных психических процессов и сторон личности.

С. Я. Рубинштейн /18/ при характеристике патопсихологических методик указывала, что каждая конкретная методика обладает заостренной направленностью на обнаружение какого-либо одного элемента психической деятельности или психического дефекта. Например, одни методики выявляют особенности суждений больных в условиях заданий, строго регламентирующих ход рассуждений, другие — особенности суждений в условиях большой свободы в выборе направления мысли. Одни методики исследуют особенности непосредственного запоминания словесного материала, воспринимаемого на слух, другие — запоминания зрительных образов (например, геометрических фигур).

Однако, хотя каждая экспериментальная методика обладает какой-то преимущественной узкой направленностью, она дает одновременно материал для выводов об иных сторонах или особенностях психики больного. Например, методика «предметная классификация» относится к группе методик, направленных на исследование мышления. Между тем с ее помощью можно получить информацию об особенностях внимания, умственной работоспособности, памяти больного, об особенностях его мотивации, уровне критичности и т. п. Методики «пиктограмма», опосредованного запоминания Леонтьева предназначены для исследования памяти, однако позволяют обнаружить явные расстройства мышления больного, неадекватный характер его ассоциаций. Таким образом, можно сказать, что патопсихологические методики имеют полифункциональную направленность, обладают широким диапазоном действия.

С другой стороны, в патопсихологии существует большое количество методик, сходных по направленности, но различных по форме проведения, по стимульному материалу. Например, для исследования опосредованной памяти можно использовать уже упомянутые методики пиктограмм и опосредованного запоминания по Леонтьеву. Особенности процесса обобщения выявляются при помощи большого числа методик (классификация предметов, пиктограммы, исключение лишнего, толкование смысла пословиц и поговорок и т. п.). Нарушения умственной работоспособности можно выявить, используя методики Шульте, Крепелина, тест Бурдона и т. д.

Таким образом, патопсихологические методики, с одной стороны, характеризуются полифункциональностью, а с другой — взаимодополнительностью. Данные характеристики используемых в патопсихологии методик позволили сформулировать *два основных принципа* их *подбора* для проведения экспериментального исследования /2/:

1. В программе исследования должны *сочетаться методики, позволяющие более полно и всесторонне исследовать какие-либо проявления психической деятельности*. Например, при исследовании памяти необходимо сочетать методики для исследования зрительной и слуховой, непосредственной и опосредованной, кратковременной и долговременной памяти.

2. Данные, полученные в эксперименте с помощью одной методики, необходимо подтвердить результатами, полученными с помощью других методик. Поэтому обязательным является

сочетание близких по направленности методик, что повышает надежность и достоверность полученных результатов.

В арсенале патопсихологического экспериментального исследования имеется 40-60 конкретных специализированных методик. Поэтому перед патопсихологом при подготовке программы исследования стоит задача отбора определенного объема методик, необходимого и достаточного для достижения поставленной цели. Этот объем не должен быть слишком мал, так как применяемые методики могут оказаться нечувствительными к какому-либо психическому нарушению. Он не может быть и слишком велик, чтобы не дублировать полученные результаты и не перегружать больного. Как показывает практика, обычно для обследования одного больного бывает достаточно 8-9 методик.

В выборе конкретных методик исследования существенную роль играют:

1. *Цель исследования.* Например, если целью исследования является дифференциальная диагностика, то следует пользоваться наиболее испытанными методиками, позволяющими обнаружить патопсихологические симптомы (характерные нарушения познавательной деятельности, личности), многократно наблюдавшиеся в экспериментально-психологических исследования при одном из дифференцируемых заболеваний. Поэтому экспериментатор еще до начала исследования должен знать, между какими заболеваниями проводится дифференциальная диагностика и каковы признаки нарушений психической деятельности при каждом из этих заболеваний.

Если стоит цель выявить динамику некоторых показателей психической деятельности до и после лечения, то необходимо подобрать методики, обладающие значительным количеством равных по трудности, но различающихся по стимульному материалу вариантов, что необходимо для сравнения результатов, полученных при первоначальном и повторном исследовании. Также целесообразно в этом случае выбирать методики, имеющие количественные показатели.

Если необходимо выявить степень нарушения психических функций, то подбираются методики, различающиеся по степени трудности, а также методики, выполнение которых возможно на разных уровнях опосредования (на наглядно-действенном, образном или вербальном). Например, для исследования логических операций в этом случае можно подобрать методики, сходные по способу решения, но опирающиеся на наглядный или вербальный стимульный материал (методику «классификация предметов» сочетать с классификацией понятий).

2. Значимым для выбора методик являются также *образование больного и его жизненный опыт*. Например, недостаточно грамотному испытуемому нецелесообразно давать задания, опирающиеся на необходимость высокого уровня абстракции, опосредования (например, методика сложных аналогий таким больным может быть недоступна). При работе с детьми необходимо учитывать *возраст испытуемого*, нельзя подбирать методики, находящиеся вне зоны актуального и, тем более, потенциального развития большинства детей данного возраста. Поэтому, например, методика «пиктограмма» может быть применена для детей в качестве психодиагностической, но как патопсихологическую ее можно использовать, только начиная с подросткового возраста (с 12 лет), так как именно в этом возрасте логическое мышление начинает доминировать.

3. Выбор методик может определяться *особенностями контакта с больным*. Например, при обследовании больного с дефектом зрения подбираются методики с опорой на слуховое восприятие. При обследовании глухих и слабослышащих испытуемых упор делается на методики, представляемые в визуальной форме, на невербальные методики, а в случае необходимости использования словесной методики ее представляют в письменном виде (как и все инструкции к методикам).

Если обследуется человек с речевой патологией или больной, для которого язык, на котором проводится обследование, является неродным, то приоритет отдается невербальным методикам (особенно если стоит задача исследования уровня его интеллектуального развития).

На подготовительном этапе исследования, как отмечалось ранее, патопсихолог также выполняет задачу **получения предварительных данных об испытуемом**. В клинике источником такой информации служат медицинские документы, в первую очередь история болезни, в которой отражены анамнестические сведения. Сбор анамнестических сведений является задачей врача, однако патопсихолог должен хорошо разбираться в структуре анамнеза, уметь грамотно анализировать его.

Если патопсихологическое исследование проводится не в клинике, то сбор анамнестических сведений становится задачей самого психолога. Надо отметить, что в клинике под **анамнезом** понимают совокупность сведений о болезни, которые врач получает от больного и использует для установления правильного диагноза /4/. В практике работы с детьми, особенно в плане клинико-психологической диагностики, анамнез понимается шире: не как история развития болезни, а как

история развития ребенка вообще (а история заболевания становится составной частью общей истории ребенка).

Источниками для получения анамнестических сведений психологом являются как медицинские документы, так и беседы с родителями и педагогами ребенка. *Беседа с родителями*, являющаяся основным источником информации, позволяет получить сведения о возможных семейных наследственных заболеваниях, о здоровье самих родителей, о внутриутробном развитии ребенка (как протекала беременность, имели ли место неблагоприятные факторы, которые могли негативно повлиять на развитие плода, благополучно ли прошли роды). Выясняются особенности раннего развития ребенка, какие заболевания и травмы он перенес в первые годы жизни, посещал ли дошкольные учреждения, как прошла адаптация в них, как складывались его взаимоотношения с другими детьми, с взрослыми. Важно также получить сведения о характере внутрисемейных отношений, о наличии неблагоприятных факторов семейного воспитания, о наличии психотравмирующих событий в семейной жизни (развод родителей, постоянные конфликты). Если ребенок посещает школу, то необходимо узнать, как он адаптировался к ней, какова успеваемость, какие интересы, достижения и трудности в школьной жизни имеются у ребенка, заинтересованы ли родители в его школьных успехах, как складываются отношения школьника со сверстниками и учителями.

Беседа с педагогами позволяет получить данные об успеваемости ребенка, об особенностях его поведения, о характере проблем, с которыми педагоги сталкиваются при обучении и воспитании данного ребенка, а также о тех педагогических мероприятиях, которые использовались для коррекции имеющихся недостатков и об эффективности их применения. Если психолог лишен возможности лично пообщаться с педагогами, то можно попросить родителей взять развернутую педагогическую характеристику из того образовательного учреждения, которое посещает ребенок.

При сборе анамнестических сведений надо стремиться дифференцировать фактические сведения о жизни ребенка, сообщаемые взрослыми, от той интерпретации или оценки этих сведений, которая всегда присутствует в сообщениях родителей или педагогов. Поэтому вопросы, которые задает психолог во время беседы, не должны нацеливать на оценочные ответы, они должны ориентироваться на конкретное фактологическое описание интересующих событий и явлений. Например, вопрос «как развивался ваш ребенок в раннем детстве?» является слишком широким, неконкретным и предполагает запрограммированный оценочный ответ: «хорошо» (или «нормально», «плохо»). Более продуктивными в плане получения фактических данных являются вопросы о том, когда ребенок начал держать головку, когда начал ходить, когда произнес первое слово, фразу и т. п. Такие вопросы позволят получить информацию о психическом развитии ребенка, которую можно сравнить с известными возрастными нормативами развития.

Для выявления особенностей психического развития ребенка на подготовительном этапе также весьма успешно можно применять **метод изучения продуктов деятельности**. Для этого рекомендуется проанализировать результаты детского творчества (в первую очередь, рисунки) и учебной деятельности (тетради, сочинения). Этот метод позволит получить информацию о таких качествах ребенка, как воображение, сформированность зрительных представлений, развитие мелкой моторики, степень сформированности навыков учебной деятельности, а также о его аккуратности и организованности. Важно проанализировать обнаруженные ошибки, правильно оценить их характер. Например, ошибки в письменной речи могут быть связаны с недостаточным уровнем овладения правилами родного языка, а могут быть проявлениями нарушения функционирования определенных участков мозга (так называемые дисграфические ошибки).

Кроме того, применив к детским рисункам широко описанные в психодиагностической литературе критерии оценки, можно получить сведения о личностных особенностях и проблемах ребенка (уровень самооценки, тревожности, конфликтности, наличие депрессивных проявлений и т. п.). Иногда именно рисунок ребенка является первым сигналом о том или ином психологическом неблагополучии или об имеющемся нарушении.

Сравнивая тетради и рисунки, выполненные ребенком на протяжении какого-то промежутка времени, можно установить динамику его психического развития.

Все сведения, полученные психологом из медицинских документов, бесед с родителями и педагогами, из анализа графической продукции, ложатся в основу той рабочей гипотезы, на проверку которой и будет направлено все дальнейшее эмпирическое исследование.

2.4.2. Проведение экспериментального исследования.

Целью второго этапа патопсихологического исследования является сбор эмпирических данных. На этом этапе осуществляется непосредственное взаимодействие психолога с испытуемым, проводится эксперимент, беседа и наблюдение за больным в процессе общения и выполнения заданий.

Так как патопсихологическое исследование рассматривается как своеобразная модель реальной деятельности больного, протекающей хоть и в заданных экспериментатором, но все же изменчивых условиях, то проводимое исследование не может быть стандартизированным и жестко регламентированным. Нет и не может быть единой, унифицированной схемы проведения исследования, в которой были бы четко расписаны порядок, количество, процедура применения тех или иных методов и методик. Создаваемая на подготовительном этапе программа исследования, особенно ее методическая часть, является ориентировочной. В каждом конкретном случае схема проведения обследования может изменяться. Это во многом зависит от психосоматического состояния больного, его установок, степени выраженности сохранных и дефектных сторон личности, а также особенностей отношений, установившихся в ходе исследования между психологом и испытуемым.

Проведение патопсихологического исследования, таким образом, требует от психолога активности и творческого подхода. Экспериментатор должен быть готов к коррекции программы по ходу исследования (изменение порядка предъявления методик, замена некоторых из них, включение новых, ранее не запланированных исследовательских приемов, изменение тактик взаимодействия с больным), в зависимости от реакций больного, его поведения, результатов выполнения заданий.

Пластичность тактики исследования также поможет психологу преодолеть собственные субъективные установки, заключающиеся в желании обязательно найти дефектные стороны личности и деятельности исследуемого больного. Это особенно важно для начинающих, неопытных исследователей, которые могут оказаться «в плену» исходной рабочей гипотезы, на которую большое влияние оказывает предварительный клинический диагноз. Надо всегда помнить, что гипотеза — это всего лишь предположение, которое может не подтвердиться в ходе исследования. Достаточно часто наблюдаются расхождения между клинической картиной заболевания и особенностями психической деятельности и личности, выявляемыми в экспериментально-психологическом исследовании. Особенно важно преодолевать такую установочность психологического диагноза в отношении детей с нарушениями интеллектуального развития.

Несмотря на отсутствие жесткой схемы проведения экспериментально-психологического исследования, существуют некие наиболее оправдавшие себя на практике рекомендации, позволяющие организовать исследование более продуктивно. Так, например, в самом начале исследования желательно установить продуктивный контакт экспериментатора с испытуемым, так как от этого зависит непосредственная работа последнего по выполнению предложенных ему заданий. Установлению такого контакта способствует беседа, которая, как правило, предшествует выполнению экспериментальных заданий. Проведение беседы в начале исследования позволяет экспериментатору наметить конкретный ход экспериментального исследования, скорректировать его предварительную схему. Устанавливая контакт с испытуемым, психолог объясняет ему значение проводимого исследования, причем эта информация сообщается испытуемому с учетом его состояния.

При общем доброжелательно нейтральном отношении психолога к испытуемому ситуация эксперимента, как правило, требует создания «мотива экспертизы», т. е. необходимо дать испытуемому почувствовать, что исследование направлено на оценку его познавательных способностей. Это важно, так как способность к осознанию диагностической ситуации как субъективно значимой является важной положительной характеристикой личности испытуемого. В этом случае допустима и даже необходима прямая оценка экспериментатором результатов отдельных проб по ходу их выполнения.

В отдельных случаях необходимо выбирать иную тактику проведения эксперимента: вместо создания «мотива экспертизы», наоборот, «снимать» экспертность ситуации (это важно особенно в отношении больных с выраженными личностными проблемами, для очень тревожных испытуемых, впервые подвергающихся обследованию). В первую очередь такой тактики следует придерживаться при исследовании личностных особенностей испытуемых, так как оценивание личностных качеств может вызвать негативное отношение и отказ от взаимодействия не только у психически больных, но и у здоровых людей. В этом случае целесообразно применять проективные методики, не комментировать результаты выполнения заданий, указывая лишь на то, что в данном задании не может быть правильных и неправильных ответов.

Большое значение для получения диагностически значимых данных имеет *порядок предъявления методик*. Здесь тоже нет однозначных рекомендаций, но обычно после проведения беседы дают относительно несложные и нейтральные задания, затем постепенно сложность заданий возрастает. Принято начинать обследование с проб на исследование восприятия, памяти, внимания, затем переходят к исследованию мышления и личности. Однако бывают ситуации, в которых целесообразно намеренно менять установленный порядок подачи материала. Это

касается, в первую очередь, исследования больных, в отношении которых имеются основания считать их поведение установочным (симуляция, аггравация). В этом случае сначала предлагают более сложные и трудоемкие задания, постепенно упрощая содержание используемых проб. Установочность поведения проявляется в том, что больные те задания, которые считают более сложными, решают нарочито неверно.

Выполнению задания по каждой методике предшествует инструкция. *Инструкция* играет большую роль в проведении исследования. P. Fraisse указывал, что именно инструкция способствует созданию у обследуемого определенной установки, которая должна на всем протяжении эксперимента быть как можно более постоянной. Она должна быть отработанной («обкатанной»), предварительно испытанной и лаконичной, соответствовать умственным возможностям испытуемого. Инструкция должна быть составлена так, чтобы избегалась возможность ее разночтения /2/. В ряде случаев в начале работы целесообразно подкрепить инструкцию одним-двумя примерами выполнения задания.

Однако не стоит забывать, что эксперименты, проводимые с психически больными людьми, не могут быть столь точными и безупречными, как эксперименты, проводимые со здоровыми испытуемыми. С. Я. Рубинштейн /18/ отмечает, что психически больные испытуемые часто нарушают порядок работы, предусмотренной инструкцией. Иногда они действуют и вовсе не как должно, обсуждают и комментируют пособия, вместо того чтобы использовать их соответствующим образом, прячут их в карманы, выполняют действия, противоположные тем, о которых их просят. Последний вариант отношения к заданию можно условно обозначить как сопротивление инструкции.

Результаты исследования нельзя оценивать только как успешные и неуспешные. Все эти искаженные, не соответствующие инструкции действия больных представляют собой ценный экспериментальный материал, важный для анализа психики больного. Если больной не справляется с заданием или выполняет его не в соответствии с инструкцией, необходимо выяснить причину этого. В основе неудачи может лежать недостаточное понимание инструкции, невозможность ее длительного удержания в памяти, трудности следования инструкции из-за нарушений устойчивости внимания, из-за несформированности определенных операций, из-за неуверенности в своих возможностях и многое другое. Для оценки результатов исследования важно также оценить отношение испытуемого к помощи экспериментатора во время исследования — принимается ли она испытуемым или отвергается в силу негативистических проявлений и некритичности /2/.

Важным требованием к проведению экспериментально-психологического исследования является тщательное *ведение протоколов*. В протоколах исследований следует отмечать особенности поведения испытуемого, понимание им инструкций, а также все то, что связано с выполнением задания. Кроме того, в протокол психолог может вносить все свои оценочные суждения, которые возникают по ходу работы с испытуемым, что в дальнейшем может пригодиться при написании заключения.

По поводу формы протокола нет единого мнения. Так, В. А. Худик считает, что установленную форму обязаны иметь только протоколы выполнения конкретных психодиагностических заданий, что наиболее свойственно для тестовых заданий интеллекта и личности. Протоколы патопсихологического обследования могут иметь свободную форму, каждый экспериментатор отрабатывает удобный для него стиль протоколирования данных /21/.

С. Я. Рубинштейн особое внимание уделяла ведению протокола, считая протокол «душой» эксперимента. По ее мнению, для каждой экспериментальной методики должна существовать своя, особая форма протокола и особый способ обработки экспериментальных данных. Знание формы протокола является для экспериментаторов не менее обязательным, чем знание инструкции и содержания задания. С. Я. Рубинштейн разработана общая для большинства методик форма протокола. Протокол должен включать в себя не менее трех граф: в левой графе записываются действия экспериментатора в соответствии с содержанием задания (этапы задания, реплики, вопросы и замечания экспериментатора). В средней графе фиксируются действия больного, а в правой — устные высказывания, ответы и пояснения больного. Данная схема не является универсальной, для каждой методики существует своя форма протокола. Но в любом случае в протоколе должны быть отражены не только объективные результаты выполненного задания (правильно или неправильно выполнено задание, сколько времени потратил испытуемых на его выполнение и т. п.). Не менее важно зафиксировать в протоколе запись устных объяснений больного, запись помощи, которую ему оказывал экспериментатор (вопросы, критические замечания, прямые разъяснения), и то, как больной принимает эту помощь (сразу спохватывается и исправляет ошибки, оспаривает возражения, безразлично относится к замечаниям и не исправляет ошибок) /18/.

Все данные, грамотно и тщательно зафиксированные в протоколе, позволяют психологу в дальнейшем осуществить качественный анализ полученных результатов, объективнее подойти к постановке психологического диагноза (квалификации патопсихологического синдрома) на заключительном этапе исследования.

2.4.3. Анализ и интерпретация данных экспериментально-психологического исследования.

Заключительный этап исследования — анализ полученных эмпирических фактов, их обобщение и интерпретация является очень важным и нередко очень трудным (особенно для начинающего исследователя). Анализу подвергаются все эмпирические данные, полученные психологом во время проведения исследования: данные беседы, наблюдения и, естественно, результаты выполнения всех экспериментальных проб.

Анализ результатов исследования требует не только квалификации отдельных симптомов нарушения психических функций, в качестве которых выступают качественные характеристики нарушения протекания познавательной деятельности и различных сторон личности (например, выявление снижения или искажения процесса обобщения, нарушения динамики умственной деятельности, нарушения ее мотивационного компонента, нарушения опосредованной или кратковременной памяти и т. п.). Перед психологом стоит задача обобщить все данные и выделить основные нарушений психической деятельности в целом. Другими словами, анализ экспериментальных данных должен протекать аналогично клиническому анализу — от симптома к синдрому /22/.

Надо отметить, что для достоверной квалификации патопсихологических симптомов и синдромов необходимо анализировать не только данные отдельных методик, но и объективно оценивать всю экспериментальную ситуацию в целом. При *интерпретации* экспериментальных данных необходимо обращать внимание на:

1) отношение испытуемого к эксперименту, которое находится в зависимости от его состояния;

2) особенности взаимодействия испытуемого и экспериментатора;

3) характер отношения испытуемого к инструкциям эксперимента;

4) особенности проведения каждой отдельной экспериментальной пробы (здесь важны как количественные показатели работы, так и качество выполняемой деятельности);

5) отношение к совершаемым ошибкам, возможность поиска путей их коррекции самим испытуемым;

6) восприимчивость испытуемого к оказываемой помощи и др.

Правильно разобраться в этих вопросах возможно только в том случае, если оценки результатов по отдельным методикам сопоставлять с оценкой целостного контекста всех проб. Важно также не только выявить структуру нарушений психической деятельности больного, но и определить сохранные функции и компенсаторные возможности.

В. М. Астапов /1/ также выделяет ряд последовательных этапов, через которые проходит процесс анализа и интерпретации результатов исследования:

— обобщение всех экспериментальных данных, характеризующих состояние испытуемого во время эксперимента, так как от этого состояния во многом зависят процесс и результаты деятельности, что необходимо учитывать при оценке отдельного симптома;

— оценка мотивированности испытуемого в исследовании, наличие или отсутствие заинтересованности;

— анализ всей совокупности данных, получаемых по каждой из конкретных методик (понимание инструкции, отношение к заданию, способ выполнения, рассуждения по поводу принимаемых решений, ошибки и возможность их коррекции, проявления эмоционально-волевой сферы и т. п.);

— сопоставление результатов выполнения различных методик, в результате чего выявляются характерные особенности нарушения отдельных психических процессов и сторон личности (патопсихологические симптомы);

— сопоставление патопсихологических симптомов и формирование и обоснование выявляемого ***патопсихологического синдрома***, под которым понимается **совокупность поведенческих, мотивационных и познавательных особенностей психической деятельности испытуемого, сформулированных в психологических понятиях**.

Таким образом, в результате проведенного многоступенчатого анализа патопсихолог дает психологическую квалификацию нарушения, т. е. устанавливает психологический диагноз, который является большим подспорьем в уточнении психиатрического диагноза или при решении других значимых для клиники задач.

На основании проведенного анализа результатов исследования составляется заключение, которое в письменной форме отражает и обосновывает характеристику выявленного патопсихологического синдрома, т. е. квалифицирует нарушение психической деятельности больного.

Заключение по данным экспериментально-психологического исследования, по мнению Б. В. Зейгарник, С. Я. Рубинштейн и многих других патопсихологов, не может быть стандартным, так как само патопсихологическое исследование в целом не является стандартным. Заключение по сути представляет собой продукт творческого мышления психолога по поводу поставленной перед ним конкретной значимой для клиники задачи. Поэтому форма заключения не может быть единой, более того, в содержании и оформлении заключения обязательно проявляются индивидуальные особенности патопсихолога и объективные условия, в которых реализовывалась его деятельность (на объем заключения может повлиять, например, большая загруженность и дефицит времени).

Несмотря на то, что заключение не поддается унификации, могут быть даны рекомендации относительно схемы заключения, которое включает в себя несколько частей (введение, основную часть и заключительную, резюмирующую часть).

Вначале можно коротко описать характер запроса, по поводу которого проводится исследования (запрос врача, педагога, жалобы родителей), а также диагностически значимые анамнестические сведения (о возможных причинах нарушения, времени его возникновения и основных проявлениях). Также в вводной части можно описать жалобы больного по поводу состояния его памяти, внимания, умственной работоспособности. Это особенно важно, когда психическое состояние больного во время обследования отличается от описываемого врачом или родителями, педагогами или когда обнаруживается контраст между психологическим самочувствием больного и результатами исследования.

Основное содержание вводной части составляет описание (также очень краткое) поведения больного во время проведения исследования. Отмечается то, как больной работал — старательно или неохотно, проявлял ли заинтересованность в достижении правильных результатов, мог ли критически оценить свои успехи. Все эти данные, характеризующие отношение больного к факту обследования и к качеству своих действий и обозначаемые как микростатус («статус за столом», по выражению С. Я. Рубинштейн), имеют большое значение для оценки, в первую очередь, личности испытуемого. У сохранной личности обязательно присутствует эмоциональная реакция на исследование в целом, а психическая болезнь искажает такую реакцию: у психопатов, например, она носит чрезвычайно утрированный характер, а у больных шизофренией или при глубокой депрессии отмечается безучастное отношение к факту исследования. При описании поведения больного также обязательно регистрируется наличие признаков установочного поведения, так как установочное поведение ставит под сомнение достоверность некоторых результатов (в первую очередь впечатление об интеллектуальной недостаточности), которые требуют дополнительной проверки и аргументации, а иногда и повторного проведения обследования.

Основная часть заключения должна содержать сведения о характере познавательной деятельности испытуемого, т. е. об обнаруженных при исследовании особенностях мышления, памяти, внимания, темпа его сенсомоторных реакций, наличия или отсутствия признаков повышенной истощаемости. Обязательно описываются особенности личностно-эмоциональной сферы, выявленные в исследовании. Иногда не меньшую роль играет констатация отсутствия у обследуемого тех или иных психических расстройств. Например, если при обследовании не обнаруживаются характерные для шизофрении нарушения мышления и личностно-аффективные изменения, то это значимо для проведения дифференциальной диагностики между неврозом и неврозоподобной шизофренией.

Надо отметить, что заключение ни в коем случае не должно быть простым перечнем выполненных заданий. Нельзя ограничиваться только оценкой выполнения или невыполнения тех или иных методик. На основе анализа экспериментальных данных необходимо выделить ведущие патопсихологические особенности, а конкретные данные из протоколов могут быть использованы в качестве иллюстраций, подтверждающих квалификацию нарушения.

В конце заключения резюмируются наиболее важные данные, полученные при исследовании, характеризующие особенности нарушения психической деятельности и личности испытуемого, т. е. дается аргументированная квалификация патопсихологического синдрома.

Контрольные вопросы

1. Какой метод является основным в патопсихологическом исследовании?

2. Какие принципы проведения патопсихологического экспериментального исследования выделила Б. В. Зейгарник?

3. Какой из принципов патопсихологического исследования является основным?

4. Какие функции выполняет беседа с больным (клиническая беседа) в патопсихологическом исследовании?

5. Какую роль играет наблюдение в получении диагностически значимых данных?

6. Что понимают под анамнезом в клинике и психологии?

7. Охарактеризуйте принципы подбора патопсихологических методик.

8. Как влияет цель исследования на выбор конкретных патопсихологических методик?

9. Какие задачи решает патопсихолог на подготовительном этапе исследования?

10. В чем сущность метода анализа продуктов деятельности, применяемого в детской патопсихологии?

11. Является ли патопсихологическое экспериментальное исследование стандартизированным? Какова общая схема его проведения?

12. Опишите структуру протоколов, применяемых в патопсихологии.

13. Как влияет наличие установочного поведения на порядок предъявления экспериментальных методик?

14. Какие этапы проведения анализа эмпирических данных выделил В. М. Астапов?

15. Какую структуру имеет патопсихологическое заключение?

Раздел 3. Патопсихологический подход к исследованию нарушений психической деятельности и личности при психических расстройствах.

3.1. Нарушения восприятия.

В патопсихологии так же, как и в психопатологии, изучаются различные формы нарушения восприятия, но акцент делается не на описании отдельных симптомов и синдромов, не на выявлении их нозологической принадлежности, а на вскрытии их психологических механизмов и закономерностей формирования. Еще раз необходимо отметить, что патопсихологическому анализу подвергается не столько функция восприятия, сколько целостная перцептивная деятельность, имеющая сложную структуру. В патопсихологической литературе наиболее полно отражены исследования механизмов агнозий, псевдоагнозий, обманов чувств (галлюцинаций), а также нарушения мотивационного компонента перцептивной деятельности.

3.1.1. Проблема агнозий в патопсихологии.

Исследованию агнозий большое внимание уделялось в нейропсихологии в основном в связи с проблемой локализации функций и поисками их нейрофизиологических механизмов (работы А. Р. Лурия и его сотрудников). Под руководством Б. В. Зейгарник, Г. В. Биренбаум и других патопсихологов были проведены экспериментальные исследования агнозий, возникающих при психических заболеваниях. Как показывают эти исследования, у ряда больных с органическими поражениями мозга различного генеза агнозии проявлялись в том, что больные выделяли то один, то другой признак воспринимаемого объекта, но не осуществляли синтеза. При этом больные были в состоянии точно описывать конфигурации предмета, могли скопировать его, но это не облегчало его узнавания. Например, больной описывает изображения ключа, как «кольцо и стержень». Причем способность узнавать форму, конфигурацию и другие отдельные признаки предмета у больных сохранялись даже в усложненных условиях проведения опыта (при тахистоскопическом предъявлении материала). При этом ни в усложненных, ни в обычных условиях узнавание предметов не наступало, несмотря на то, что у большинства испытуемых не отмечалось грубых признаков нарушения интеллектуальной деятельности, они правильно усваивали инструкцию, верно понимали ее смысл.

Очень часто процесс восприятия у таких больных носит характер отгадывания, сюжеты картин больные улавливали не сразу, а после длительной фиксации на отдельных деталях. Даже дав правильный ответ, верно обозначив изображения, больные зачастую высказывали сомнение и неуверенность, им были необходимы опорные пункты в рисунках, чтобы подтвердить правильность собственных выводов. В процессе исследования также выявилось, что реальные предметы больные узнавали лучше, чем их изображения, модели, особенно схематичные.

Таким образом, в экспериментальном исследовании была выявлена ступенчатость расстройств восприятия при агнозиях. Больные лучше узнавали реальные предметы, хуже — их модели, еще хуже — рисунки предметов. Особенно плохо они узнавали схематичные изображения, контурные и пунктирные изображения. Таким образом, восприятие больных улучшалось по мере включения объекта в фон, характеризующийся конкретными подробностями. Можно сказать, что больные улавливают структурную оформленность рисунков, но не могут осмыслить того, что воспринимают, они не могут отнести воспринимаемое изображение к определенной категории вещей. По мнению А. Р. Лурия, процесс зрительного восприятия у больных с агнозиями превращается «в серию речевых попыток расшифровать значение воспринимаемых признаков и синтезировать их в зрительный образ». Процесс восприятия у таких больных приобретает характер развернутого дезавтоматизированного действия.

Таким образом, экспериментальное исследование восприятия у больных агнозиями позволило выделить основной механизм их возникновения. Восприятие при агнозиях нарушается в своей специфически человеческой характеристике как процесс, обладающий функцией обобщения и условности, т. е. при агнозиях нарушается смысловая сторона восприятия.

Знание механизмов возникновения агнозий позволило определить способы, с помощью которых можно этот дефект скомпенсировать. Включение объекта в определенный круг значений помогало его узнаванию. Например, если больной не мог опознать на рисунке определенный предмет (например, шляпу), то просьба экспериментатора выбрать и показать этот предмет (укажите, где шляпа) облегчала его узнавание.

3.1.2. Псевдоагнозии при деменции.

Так как в основе агностических расстройств лежит нарушение смысловой стороны восприятия, это дало основания считать, что наиболее четко эти расстройства должны выступать у больных с органической деменцией (при органической деменции в первую очередь отмечается интеллектуально-мнестическое снижение).

Экспериментальное исследование, проведенное Г. В. Биренбаум, подтвердило это предположение. Действительно дементные больные не узнавали силуэтных и пунктирных рисунков. Особенно ярко нарушения восприятия у таких больных проявляются при экспозиции сюжетных картинок. Помимо того, что дементные больные не узнают сюжета, у них отмечается еще целый ряд очень характерных феноменов. Они часто описывают отдельные предметы, не понимая общего смысла изображения, отдельные части рисунков сливаются с фоном. У некоторых больных агнозия распространялась и на структуру, на форму изображения (что не встречается у больных без интеллектуального снижения). Так, больной не мог узнать треугольник, называя его клином. Иногда больные воспринимали форму предметов, но тут же быстро наступал распад его структуры.

Таким образом, при псевдоагнозиях отчетливо выступает нарушение не только смысловых, но и структурных компонентов внимания. По мнению Г. В. Биренбаум, это связано с нарушениями оптического внимания. Больные, случайно выхватывая из изображения и описывая отдельные предметы, не могли уловить общего изображения картинки. Например, больной остро торчащие уши лошади ошибочно принял за птицу, при этом он сначала правильно описал изображенную рядом телегу.

При восприятии раскрашенных сюжетных картинок больные легко поддаются впечатлению яркой раскраски отдельных частей картинки и не могут из-за этого осознать ее сюжет.

Таким образом, у дементных больных восприятие, освобожденное от организующей роли мышления, становится диффузным, легко возникает его структурный распад, несущественные элементы рисунка становятся центром внимания и ведут к неправильному узнаванию. Из-за этого у больных оказываются нарушенными также константность и произвольность восприятия. Так, больные не узнают привычное изображение, если его демонстрировать в перевернутом виде.

Таким образом, исследование нарушений восприятия у дементных больных подтверждает ведущую роль фактора осмысленности и обобщенности в любом акте перцептивной деятельности.

3.1.3. Патопсихологические исследования обманов чувств.

Как отмечалось ранее, наиболее выраженной формой нарушения восприятия являются галлюцинации. В клинической литературе подробно описаны многообразные варианты галлюцинаций как симптомов различных психических заболеваний. Однако клиническое описание галлюцинаторных симптомов всегда имеет дело с анализом конечного результата, продукта психической деятельности, а сам процесс, который производит этот продукт, не изучается. Психологов же интересуют психологические механизмы возникновения галлюцинаций.

Вопрос о природе галлюцинаторных расстройств интересовал многих ученых. Основным вопросом, который требовал своего решения, был вопрос возможности возникновения образа предмета без наличия какого-либо раздражителя. Одни исследователи понимали галлюцинации как спонтанный продукт нарушения рецепторов; другие рассматривали их как проявления активности нарушенных участков ЦНС; третьи объясняли галлюцинации интенсификацией представлений. Однако все эти подходы не могут объяснить, что является пусковым моментом в возникновении галлюцинаций. Тот факт, что в большинстве случаев невозможно установить непосредственную связь между галлюцинацией и раздражителем, еще не говорит об его отсутствии.

В решение этой проблемы существенный вклад внесло проведенное С. Я. Рубинштейн экспериментальное исследование слухового восприятия. В доказательство тезиса о том, что первоначальной причиной любого психического акта является внешнее раздражение, ею была разработана оригинальная экспериментальная методика. Испытуемым предлагали прослушать и идентифицировать записанные на магнитофонной ленте слабо различимые звуки, некоторые из которых имели неопределенный характер, а некоторые — предметный (шелест бумаги, бульканье воды). В исследовании принимали участие здоровые испытуемые и больные, у которых раньше отмечались галлюцинации.

Исследование показало, что здоровые испытуемые правильно различали источники звуков, а у больных эти эксперименты вызывали обманы слуха, например, больная могла слышать в шелесте бумаги оскорбления в свой адрес. Поведение больных, их действия и суждения были ответными на ложно воспринимаемые звуки. Таким образом, С. Я. Рубинштейн пришла к выводу о том, что одним из важных патогенетических условий формирования галлюцинаций является затрудненность прислушивания и распознавания звуков. Этот вывод подтверждают и обнаруживающиеся у психически здоровых людей факты возникновения галлюцинаций при определенных условиях: 1) условиях сенсорной депривации (например, в барокамере); 2) условиях изоляции (у заключенных в одиночных камерах иногда возникали слуховые галлюцинации); 3) у слабовидящих и слабослышащих (но не у слепых и глухих). Т. е. условия, затрудняющие прислушивание, приглядывание, вызывающие усиленную ориентировочную деятельность анализаторов, способствуют возникновению галлюцинаций.

На основе проведенных экспериментов автор приходит к выводу, что неправомерно рассматривать галлюцинации как образы, возникающие без какого-либо внешнего или внутреннего раздражителя. Различные раздражители способны возбудить содержание галлюцинаторного образа через сложную цепь ассоциаций, промежуточные звенья которой могут ускользать от отчета. Связь образа с наличным раздражителем трудно проследить, так как она часто маскируется, но она существует.

Таким образом, изменение деятельности внешних и внутренних анализаторов, наличие подпороговых (не осознаваемых больным) раздражителей, вызывающих перегрузку этих анализаторов, играет большую роль в патогенезе галлюцинаций.

3.1.4. Исследование нарушений мотивационного компонента перцептивной деятельности.

Исследование нарушений восприятия с точки зрения психологии было бы неполным, если не обращать внимания на роль личностного компонента в их возникновении. С. Л. Рубинштейн указывала на то, что «в восприятии отражается вся многообразная жизнь личности», а при изменении личностного отношения изменяется и перцептивная деятельность.

В отечественной психологии, вслед за А. Н. Леонтьевым, который считал, что основной характеристикой человеческой психики является ее пристрастность, сложилось мнение о смыслообразующей роли мотивации в процессе восприятия. Поэтому Е. Т. Соколовой было выдвинуто предположение, что процесс восприятия не только строится различно в зависимости от того, какие мотивы будут порождать и направлять деятельность испытуемых, но и можно ожидать разную структуру перцептивной деятельности у здоровых и больных людей, у которых клиника диагностирует те или иные изменения личности.

Для проверки этого предположения было проведено экспериментальное исследование, целью которого было: 1) показать зависимость восприятия от характера мотивации экспериментальной деятельности; 2) выявить особенности восприятия, связанные с нарушением смыслообразующей функции мотива.

В эксперименте участвовали три группы испытуемых: здоровые испытуемые, больные эпилепсией и больные шизофренией, у которых по данным истории болезни на первый план выступали личностные расстройства.

Эксперимент состоял в предъявлении сложных сюжетных картинок (например, мать купает ребенка) и картинок с неясными сюжетами (например, пятна Роршаха) в условиях разной мотивации. Мотивация создавалась как разной степенью неопределенности изображений, так и с помощью изменения инструкций. Неопределенность перцептивного материала выступала непосредственным побудителем деятельности, роль смыслообразующего мотива играла инструкция.

Эксперимент включал три варианта исследования. В варианте А картинки предъявлялись с «глухой» инструкцией описать, что изображено. В варианте Б сообщалось, что целью эксперимента является исследование воображения, а в варианте В испытуемых предупреждали, что задачей исследования является определение их умственных способностей. В каждом варианте испытуемым предъявлялись разные наборы картинок, содержание которых надо было определить. Таким образом, цель задания не менялась, менялась лишь его мотивация.

Результаты исследования показали следующее. Большинство испытуемых (и здоровых, и больных) при решении перцептивных задач выдвигали гипотезы. Однако в условиях «глухой» инструкции не все испытуемые стремились интерпретировать картинки, давая формальные ответы. Особенность варианта А («глухая» инструкция) заключается в том, что мотивация процесса восприятия в нем не задавалась экспериментально. Разворачивающаяся в такой ситуации перцептивная деятельность, следовательно, задавалась какими-то другими мотивами. В качестве таких мотивов можно выделить «мотив экспертизы», который всегда актуализируется в психологическом эксперименте, и собственный мотив восприятия (СМВ), который определяется свойствами перцептивного материала. Между этими мотивами существуют иерархические отношения: мотив экспертизы придает деятельности личностный смысл, а СМВ играет роль дополнительного стимула. Совместное действие этих двух мотивов и обеспечивает реализацию цели — содержательную интерпретацию предъявляемых карточек. Однако, как показали данные исследования, в некоторых случаях мотив экспертизы был выражен недостаточно, что приводило к увеличению формальных ответов. Это явление наиболее ярко проявлялось у больных шизофренией.

В вариантах Б и В, где экспериментально задавалась определенная мотивация восприятия, были показаны другие результаты. Прежде всего изменилось отношение к эксперименту. У здоровых испытуемых появлялся интерес к заданию и оценке экспериментатора. У них исчезли формальные ответы. Изменения деятельности отмечались и у больных испытуемых. Причем, наибольшей силой для здоровых испытуемых обладала интеллектуальная инструкция, так как мотив подтверждения своей интеллектуальной состоятельности является социально значимым и занимает в структуре личности ведущее место.

Иная картина отмечалась у больных испытуемых. Если в норме изменение мотивации приводит к переструктурированию деятельности, причем характер восприятия обусловливается ведущим, смыслообразующим мотивом, то у больных шизофренией, например, он настолько затруднен, что не удается экспериментально сформировать их перцептивную деятельность. У таких больных ни в одной из экспериментальных ситуаций задание не приобретало субъективного, личностного смысла. Они руководствовались главным образом СМВ, вытекающим из особенностей перцептивного материала (на это указывает большое количество формальных ответов у больных шизофренией в любой ситуации).

У больных эпилепсией, напротив, можно отметить большую легкость, с которой экспериментально созданный мотив становится смыслообразующим. Для таких испытуемых характерна гиперболизация смысловых образований, приводящая к возникновению гипотез драматизации. Так, в ситуации «проверки воображения» больные эпилепсией демонстрировали излишнюю эмоциональность, много внимания уделяли придуманным ими характеристикам героев картинок, т. е. мотив воображения подменял собой цель интерпретации содержания картинки. То же самое наблюдалось и при проверке интеллектуального уровня, когда больные в соответствии с особенностями их заболевания излишне подробно и детализированно начинали рассуждать по поводу смысла картинки, опять же в ущерб основной цели задания (интерпретации).

Таким образом, исследование, проведенное Е. Т. Соколовой, доказало, что изменение мотивационного компонента восприятия, как вызванное экспериментально, так и обусловленное болезнью, приводит к изменению структуры перцептивной деятельности. Поэтому можно говорить о том, что в ряде случаев некоторые нарушения восприятия являются проявлением нарушения мотивационной сферы.

3.2. Нарушения памяти.

Патопсихологический подход к исследованию нарушений памяти осуществляется с позиций деятельностного подхода (А. Н. Леонтьев, Г. В. Биренбаум, Р. И. Меерович, Б. В. Зейгарник, А. Р. Лурия, Б. И. Бежанишвили, Л. В. Бондарева и др.). В рамках этого подхода в исследовании патологии памяти наиболее важными являются вопросы о:

1) строении мнестической деятельности опосредованного и неопосредованного, произвольного и непроизвольного запоминания;

2) динамике мнестического процесса;

3) мотивационном компоненте памяти.

Как известно, амнестические синдромы имеют сложное строение, в них не всегда удается вычленить отдельные характеристики, характерное сочетание которых важно для диагностики (особенно для дифференциальной диагностики), однако экспериментальное патопсихологическое исследование достаточно успешно справляется с этой задачей.

В патопсихологии наиболее полно экспериментально исследованы такие формы нарушения памяти, как:

— нарушение непосредственной памяти;

— нарушение опосредованной памяти;

— нарушение динамики мнестической деятельности;

— нарушение мотивационного компонента памяти.

3.2.1. Нарушение непосредственной памяти.

Экспериментальное патопсихологическое исследование нарушений непосредственной памяти проводилось на материале двух наиболее распространенных психопатологических амнестических синдромов: корсаковского синдрома и синдрома прогрессирующей амнезии.

Как отмечалось ранее, корсаковский синдром проявляется в сочетании нарушения непосредственной памяти на текущие события (фиксационная амнезия) с конфабуляциями на текущие события и дезориентировкой в месте и времени. Причем два последних признака могут быть слабо выражены, тогда как забывание текущих событий всегда выражено очень ярко. При корсаковском синдроме память на события прошлого остается более сохранной, чем память на текущие события. Такие больные могут правильно назвать события из своего детства, помнят даты общественной жизни, но не могут вспомнить, что с ними происходило в течение текущего дня.

При анализе структуры корсаковского синдрома вставал вопрос о том, является ли забывание текущих событий следствием дефекта воспроизведения или сохранения информации. Данные многочисленных экспериментальных исследований (проведенных Э. Клапаредом, А. Н. Леонтьевым, Б. В. Зейгарник, Б. И. Бежанишвили, А. Р. Лурия и др.), свидетельствуют о том, что при корсаковском синдроме наблюдаются затруднения процесса воспроизведения, а не слабость образования следов. Доказательством этому служит экспериментально подтвержденная возможность формирования у больных условных рефлексов. Например, в лаборатории Б. В. Зейгарник был проведен эксперимент, в котором больной на протяжении некоторого времени должен был нажимать на кнопку при зажигании зеленой лампочки. Через некоторое время больной, попав в кабинет, где проводился опыт, не только не помнил, что он вчера делал, но и отрицал сам факт того, что ранее уже был в этой комнате. Когда же загорелась зеленая лампочка, он начал нажимать на кнопку, причем на сигналы другого цвета он не реагировал. Дать же ответ на вопрос, почему он это делает, больной не смог. Таким образом, этот экспериментальный факт подтверждает, что процесс усвоения новой информации у больного не был нарушен, страдала только актуализация в сознании запечатленных следов.

Одной из примечательных особенностей корсаковского синдрома, как отмечалось, являются конфабуляции, т. е. заполнение провалов памяти вымышленными событиями. Однако часто нарушения памяти не достигают такой выраженной степени. Вместо грубых конфабуляций могут встречаться неточности воспроизведения слышанного, виденного, связанные с тем, что больные, замечая дефекты своей памяти, пытались заполнить ее пробелы, придумав несуществовавший вариант событий. Таким образом, нарушения памяти на недавние события сочетаются с недостаточной ориентировкой в окружающем, реальные события могут то отчетливо выступать в сознании больного, то причудливо переплетаться с событиями, не имевшими места. Невозможность воспроизведения информации настоящего момента не позволяет организовать будущее, нарушается взаимосвязь отдельных периодов жизни.

Особую форму приобретают расстройства памяти при корсаковском синдроме, если они развиваются на фоне выраженной аспонтанности, т. е. грубых нарушений мотивационной сферы у больных с поражениями лобно-базальных отделов мозга. Такие нарушения памяти обнаруживаются на фоне апатического и эйфорического состояний.

При апатическом состоянии деятельность больных оказывается лишенной произвольности, целенаправленности. Им недоступен выбор, спонтанное переключение с одного предмета деятельности на другой, у них отсутствует инициатива, потребность окончить начатое дело. При эйфорическом состоянии часто наблюдаются расторможенность, дурашливое поведение, расстройство критики.

Недостатки памяти такие больные восполняют конфабуляторными высказываниями. В силу дезориентировки в действительности у них была нарушена адекватная оценка окружающего. Им недоступно соотнесение прошлого и настоящего в плане временной характеристики событий.

Прогрессирующая амнезия является еще одним вариантом тяжелых расстройств памяти. Она характеризуется расстройствами памяти не только на текущие события, но и на прошедшие: больные не помнят прошлого, путают его с настоящим, смещают хронологию событий; выявляется дезориентировка во времени и пространстве, которые порой приобретают грубый, гротескный характер.

Подобные нарушения памяти встречаются при психических заболеваниях позднего возраста (при сенильной деменции), при болезнях Пика и Альцгеймера, в основе которых лежит прогрессирующая, качественно своеобразная деструкция коры головного мозга.

Распад памяти при прогрессирующей амнезии соответствует закону Рибо, т. е. ход этого процесса идет в порядке, обратном формированию памяти. Вначале исчезает память о наиболее поздно запечатленных событиях и фактах. Более ранние исчезают в последнюю очередь. Процесс распада памяти идет поэтапно, постепенно, но неуклонно, обязательно приводя к грубой дезориентировке не только в окружающей обстановке и близких людях, но и в собственной личности.

С. Г. Жислин высказал предположение, что неясное восприятие мира при старческом слабоумии, сопровождающемся прогрессирующей амнезией, обусловлено расторможенностью выработанных дифференцировок, общим ослаблением анализаторных функций коры. Ставшие инертными нервные процессы не могут поспевать за сменой событий реальной жизни, поэтому в сознании фиксируются лишь отдельные части, компоненты обстановки и ситуации. Все описанные амнестические расстройства при этом протекают на фоне общего интеллектуального снижения.

Проведенное в лаборатории Б. В. Зейгарник психологическое исследование группы больных пожилого и старческого возраста выявило прежде всего недостаточную активность процесса запоминания, так как больные фактически не принимали задачу «запомнить». Поэтому продуктивность и непосредственной, и опосредованной памяти была крайне низкой. Объем памяти у этих испытуемых был очень мал и составлял в среднем 4 единицы (при норме 5-9 единиц), причем многократное повторение материала не улучшало результатов запоминания. В некоторых случаях у больных диагностировались признаки неустойчивости, истощаемости мнестических процессов. Очень низка была также прочность запоминания. При отсроченном воспроизведении никто из больных не мог припомнить воспринятую ранее информацию.

На продуктивность памяти оказывали негативное влияние чрезмерная отвлекаемость, соскальзывание мысли по побочным ассоциациям, общее интеллектуальное снижение. Это отчетливо проявлялось при выполнении заданий, требующих длительного сосредоточения и использования логических средств запоминания (при исследовании опосредованного запоминания, например). Поэтому можно сказать, что при прогрессирующей амнезии нарушения приобретают грубый стойкий системный характер.

3.2.2. Нарушения опосредованной памяти.

Отечественные психологи (Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, П. И. Зинченко и др.) рассматривали память как организованную деятельность, зависящую от многих факторов, таких, как уровень развития познавательных процессов, мотивации, динамических компонентов. Поэтому при психических заболеваниях различные нарушения мнестической деятельности могут быть обусловлены изменениями каждого из этих компонентов, в том числе и нарушениями функции опосредования. Известно, что в норме введение операции улучшает запоминание. Исследования, проведенные в 1934 г. Г. В. Биренбаум, показали, что у ряда больных фактор опосредования, наоборот, становится помехой. Ею экспериментально было доказано, что больные утрачивают возможность опосредовать процесс запоминания.

Эксперимент проводился при помощи метода пиктограммы, предложенного А. Р. Лурия, который заключается в необходимости запомнить ряд слов и словосочетаний, используя в

качестве вспомогательного средства придуманные самими испытуемыми рисуночные изображения. В исследовании принимали участие больные различных нозологических групп (больные эпилепсией, шизофренией), а также здоровые испытуемые. Для выполнения задания необходимо увязать понятие, обозначаемое словом, с любым более конкретным понятием, связанным с содержанием создаваемого испытуемым рисунка. Это возможно только в том случае, если испытуемый может отвлечься от многообразия конкретных значений, обозначаемых заданным словом, когда он может оттормозить все другие частные значения, связанные с ним. Например, одно и то же понятие «развитие» можно изобразить, используя условное обозначение (рядом нарисованы маленький и большой круг, квадрат), а можно изобразить понятие, более частное по отношению к ключевому: «развитие» изобразить как «развитие промышленности», «развитие физическое», «развитие плода» и т. п.

Исследование показало, что, как правило, здоровые испытуемые, даже имеющие неполное среднее образование (в том числе и подростки) достаточно легко справлялись с заданием. В случае затруднения достаточно было привести пример, чтобы адекватное решение было найдено. Душевнобольные испытуемые испытывали значительные трудности при выполнении задания из-за того, что в силу патологических изменений мышления не могли уловить нечто общее в рисунке и слове, т. е. они не могли устанавливать адекватные содержанию задания условные связи.

Задание создать условную связь при запоминании слова вызывает определенные трудности уже потому, что в создании рисунка заключен момент условности, требующий достаточной меры свободы мыслительных операций. Вместе с тем условность рисунка может стать излишне широкой и беспредметной, тогда она перестает отражать реальное содержание слова. Также условность рисунка способствует актуализации латентных свойств предметов.

Как показали данные проведенного Г. В. Биренбаум экспериментального исследования, у группы больных эпилепсией экспериментальные задания вызывали значительные трудности в одних случаях потому, что они не могли самостоятельно выбрать из множества вариантов только один. Например, больной К. затрудняется подобрать рисунок к слову «развитие», так как развитие «бывает разное: и развитие мускулов, и умственное развитие. Какое же вы хотите?». В других случаях изображения принимают излишне конкретный детализированный характер, так как больные пытаются почти фотографически отобразить в рисунке жизненную ситуацию. Например, изображение «веселого праздника» включает в себя и рисунок пляшущих людей, и накрытый стол, и флаг. В третьем случае больные прибегали к установлению чрезмерно формальных связей (что часто встречается при шизофрении): например, связи по звучанию (рисунок рыбы-сома используется для обозначения слова «сомнение», так как совпадают первые слоги) или в качестве опосредующего рисунка выбираются какие-либо математические символы (например, слово «дружба» обозначается двумя треугольниками).

Таким образом, в отличие от здоровых испытуемых, больные хуже запоминают слова, когда они прибегают к опосредованию.

Аналогичные данные были получены в исследовании Л. В. Петренко, которое было посвящено выявлению факторов, лежащих в основе патологии процесса опосредования. В качестве методических приемов ею были использованы методика непосредственного заучивания слов (А. Р. Лурия) и методика опосредованного запоминания А. Н. Леонтьева. В исследовании в качестве испытуемых принимали участие больные эпилепсией (в экспериментальную выборку входили две подгруппы — подгруппа больных с «симптоматической эпилепсией» и подгруппа больных «эпилептической болезнью»).

В результате исследования было установлено снижение эффективности опосредованного запоминания по сравнению с непосредственным. Это противоречит данным исследования здоровых людей, взрослых и детей, проведенного А. Н. Леонтьевым. При этом у разных подгрупп больных опосредованная память нарушается по-разному. Так, у больных симптоматической эпилепсией опосредование в некоторой степени все же способствовало повышению результативности запоминания (хотя и в гораздо меньшей степени, чем у здоровых людей). У больных эпилептической болезнью введение опосредования даже препятствовало воспроизведению, снижало его продуктивность.

Анализируя причины обнаруженных особенностей опосредованной памяти больных, Л. В. Петренко пришла к выводу, что наиболее частым феноменом при ошибочном воспроизведении было название слов и фраз, отражающих значение самого используемого средства. Например, больная для запоминания слова «прогулка» выбирает карточку с изображением дерева («под деревьями хорошо гулять») и воспроизводит: «Дерево, кажется елка»; другая больная для обозначения этого же слова выбирает карточку с изображением забора, мотивируя это тем, что она всегда гуляет «до соседского забора», и воспроизводит слово «сосед». Таким образом, при нарушениях опосредованной памяти процесс воспроизведения не укладывается в предложенную А. Н. Леонтьевым схему: А—Х—А, где А обозначает предложенное для запоминания слово, Х —

устанавливаемую для запоминания связь. При патологии мнестических процессов воспроизведение часто приобретало иной характер: А—Х—Х или А—Х—Y.

Л. В. Петренко считала, что нарушение опосредованного запоминания обследованных ею групп связано со своей структурой нарушенной деятельности больных. У больных симптоматической эпилепсией нарушения опосредования были связаны с колебаниями их работоспособности, тогда как у больных эпилептической болезнью они объяснялись повышенной инертностью, гипертрофированным желанием отобразить все детали.

3.2.3. Нарушение динамики мнестической деятельности.

В некоторых случая расстройства памяти проявляются не в нарушении отдельных ее процессов, а в нарушении динамики всей мнестической деятельности. В таких случаях память больных носит прерывистый характер, что проявляется в колебаниях продуктивности как процесса запоминания, так и процесса воспроизведения. Больные в течение какого-то времени то хорошо запоминают и воспроизводят материал, то, спустя некоторое время, не могут этого сделать успешно. Нарушения динамической стороны памяти характерны для больных с сосудистой патологией, а также перенесших травмы головного мозга (особенно в отдаленный период ЧМТ).

Такие колебания мнестической деятельности отчетливо выступают при выполнении экспериментальных заданий, например, таких, как проба на запоминание 10 слов (методика А. Р. Лурия). Если у здоровых испытуемых так называемая «кривая запоминания» (графическое изображение количества правильно воспроизведенных слов при нескольких последовательных предъявлениях) имеет восходящий характер и после 3-5 попыток достигает максимума (9-10 слов из 10), то у некоторых больных она приобретает ломаный характер. Такие больные при десятикратном предъявлении материала могут после второй попытки воспроизвести 6—7 слов, после пятой — лишь 3 слова, а после шестой — опять 6—8. В других случаях многократное повторение материала не только не улучшает продуктивность памяти, а наоборот, снижает ее, и тогда кривая запоминания может выглядеть, например, следующим образом: 7—5—3—3—2 слова. Первый вариант, как правило, встречается при сосудистых заболеваниях головного мозга, второй — при черепно-мозговых травмах.

Подобные колебания продуктивности памяти выявляются при запоминании и воспроизведении и более сложного материала (текстов, рассказов). Больные в один момент времени могут подробно, в деталях воспроизводить текст какого-либо рассказа, а через некоторое время оказываются не в состоянии передать более легкий сюжет.

Надо отметить, что нарушения динамической стороны памяти редко встречаются изолированно. У таких больных экспериментально выявляется лабильность всех форм их деятельности, их познавательной и аффективно-эмоциональной сферы. При выполнении любых задач (интеллектуальных, сенсомоторных и т. п.), требующих длительного и направленного удержания цели, последовательности операций, часто обнаруживается нестойкость продукции. Часто адекватное выполнение задания прерывается внезапно наступающими колебания эффективной сферы больных.

Таким образом, нарушение динамики мнестической деятельности проявляется в сочетании с прерывистостью всех психических процессов больных и в сущности является не нарушением памяти в узком смысле слова, а индикатором неустойчивости умственной работоспособности больных в целом, ее истощаемости.

На то, что нарушение динамики мнестической деятельности является частным случаем нарушения умственной работоспособности, указывает возможность ее улучшения при применении средств опосредования. Например, в повседневной жизни такие больные используют различные мнемотехнические средства («заметочки», «узелки на память»). В психологическом эксперименте возможность применения опосредования также повышает продуктивность памяти (показатели непосредственной памяти у таких больных, как правило, ниже показателей опосредованной памяти).

Однако в некоторых случаях операция опосредования (например, метод пиктограмм) приводила не к улучшению, а, как ни парадоксально, к ухудшению результатов воспроизведения. Б. В. Зейгарник объясняет этот факт тем, что у больных возникала чрезмерная тенденция к опосредованию, больные были чрезмерно озабочены нахождением условного обозначения, поэтому прилагали слишком много усилий к поиску наиболее точного рисунка. В результате больные воспроизводили слова лишь приблизительно, процесс воспроизведения становился недифференцированным. В этой ситуации усилия, прилагаемые больными для операции опосредования, приводили к еще большей истощаемости и без того ослабленного состояния активности коры мозга больных.

Нарушения динамики мнестической деятельности могут быть связаны также с аффективно-эмоциональной неустойчивостью или эффективной захваченностью больных. Аффективная дезорганизация больных, часто встречающаяся при органических заболевания мозга различного генеза, может проявляться в забывчивости, неточности усвоения, переработки и воспроизведения материала. Эффективная захваченность больных, чрезмерная ориентация на обязательный успех деятельности также может приводить к забыванию намерений, недифференцированному восприятию и удержанию материала.

3.2.4. Нарушение мотивационного компонента памяти.

Рассматривая память как одну из форм психической деятельности, необходимо при ее анализе (и анализе ее нарушений) учитывать роль всех компонентов, входящих в ее структуру. Ранее было показано, как нарушения процесса обобщения, опосредования, динамики влияют на процессы памяти. По-разному измененная структура мнестической деятельности находит свое отражение в различных формах нарушений памяти.

Существенную роль как в нормальном протекании, так и в нарушениях мнестической деятельности играет ее личностно-мотивационный компонент.

Еще в 1927 г. Б. В. Зейгарник экспериментально было показано значение мотивации для протекания процессов запоминания, удержания и воспроизведения информации. Ею был открыт так называемый «феномен воспроизведения незавершенных действий» («эффект Зейгарник»). Сущность этого феномена заключается в том, что в экспериментальной ситуации испытуемые лучше запоминали незавершенные действия. Отношение воспроизведения незаконченных действий (ВН) к воспроизведению законченных (ВЗ) равнялось 1,9, т. е. незавершенные действия воспроизводились на 90% лучше, чем завершенные.

Б. В. Зейгарник объясняла этот факт тем, что у любого здорового испытуемого ситуация опыта вызывала какое-либо личностное отношение к ней, т. е. возникал мотив, ради которого и выполнялось задание. Мотивы могли быть разными, одни испытуемые стремились проверить свои силы, другие — показать себя, третьи выполняли задания из чувства долга. Но во всех этих случаях у испытуемых возникало мотивированное намерение выполнить задание. Если же задание оставалось незавершенным, то сохранялась определенная аффективно заряженная активность, которая требовала своей реализации в другом виде деятельности — в частности в воспроизведении.

Исследования, проведенные ею позже на патологическом материале, подтвердили правильность положения о том, что деятельность памяти является мотивированной. В эксперименте по воспроизведению незавершенных и завершенных действий, проведенном с испытуемыми, имеющими различные формы патологии мотивационной сферы, были получены закономерности, существенно отличающиеся от выявленных ранее. Так, например, у больных шизофренией, для которых характерны искажение мотивов, эмоциональная вялость, эффект лучшего воспроизведения незавершенных действий практически не возникал (1,1 по сравнению с 1,9 в норме). У больных с некоторыми формами эпилептической болезни в силу ригидности их эмоциональных установок, их гипертрофии превалирование воспроизведения незавершенных действий было выражено и по количественным показателям приближалось к норме (1,8 — при эпилепсии и 1,9 — в норме). У больных с астеническим синдромом также отмечалось снижение воспроизведения незавершенных действий (1,2 против 1,9 в норме), что объясняется отсутствием самой тенденции к завершению действий в силу нарушения умственной работоспособности.

Таким образом, сопоставление результатов воспроизведения незавершенных действий у больных с разной патологией мотивационной сферы указывает на роль личностно-мотивационного компонента в мнестической деятельности.

3.3. Нарушения мышления.

Расстройства мыслительной деятельности рассматриваются в контексте патопсихологических экспериментальных исследований как нарушения входящих в ее структуру компонентов. Б. В. Зейгарник выделяет три основных вида патологии мышления: 1) нарушения операционной (операциональной) стороны мышления, 2) нарушения динамики мышления, 3) нарушения личностного компонента мышления, а также рассматривает нарушения критичности мышления.

Особенности мышления каждого отдельного больного далеко не всегда могут быть квалифицированы в пределах одного вида нарушений мышления. Нередко в структуре патологически измененного мышления больных наблюдаются сложные сочетания разных видов

нарушений. Например, нарушение процесса обобщения может сочетаться с нарушением целенаправленности мышления, а может — с каким-либо вариантом нарушения его динамики.

3.3.1. Нарушение операциональной стороны мышления.

Мышление является обобщенным и опосредованным познанием действительности, поэтому среди логических операций, обеспечивающих протекание мыслительной деятельности, операция обобщения является ключевой. Благодаря обобщению устанавливаются связи между объектами. Кроме того, обобщение дает возможность установления связи не только между объектами, но и между понятиями. Обобщение служит передаче человеческого опыта и позволяет выйти за пределы единичных впечатлений.

При некоторых психических расстройствах у больных теряется возможность использовать систему операций обобщения и отвлечения. Исследования мышления больных, страдающих различными заболеваниями мозга, обнаружили, что нарушения операциональной стороны мышления могут принимать разные формы, двумя крайними вариантами которых являются: а) снижение уровня обобщения, б) искажение процесса обобщения.

Снижение уровня обобщения состоит в том, что в суждениях больных доминируют непосредственные представления о предметах и явлениях. Оперирование общими признаками заменяется установлением сугубо конкретных связей между предметами. При выполнении экспериментального задания, например классификации предметов, подобные больные не в состоянии из всевозможных признаков отобрать те, которые наиболее полно раскрывают понятия. Например, больной отказывается объединить в одну группу кошку и собаку, потому что «они всегда враждуют». Или больные объединяют в группы разнородовые понятия: тетрадь и стол (потому что в тетради можно писать только на столе), книгу и диван (так как читать книгу удобно на диване), мяч и помидор (потому что красные). Таким образом, предметы объединяются на основе второстепенных или частных признаков.

Аналогичные результаты могут быть получены и при выполнении младшими школьниками заданий по методике «Четвертый лишний». Например, из ряда *коза, курица, кошка* и *корова* выделяется *кошка*, так как «она живет в квартире, и поэтому она домашняя, а все остальные живут в сарае (на улице); они уличные, а не домашние животные».

При ярко выраженном снижении уровня обобщения больным вообще недоступна задача на классификацию, так как для испытуемых предметы оказываются по своим конкретным свойствам настолько различными, что не могут быть объединены в одну группу. Например, стол и стул не объединяются испытуемым в одну группу, так как «на стуле сидят, а на столе работают и кушают».

В некоторых случаях больные создают большое количество мелких групп на основании чрезвычайно конкретной предметной связи между ними, например, они объединяют ключ и замок, перо и ручку, нитки и иголку, тетрадь и карандаш. Иногда больные объединяют предметы как элементы какого-нибудь сюжета, на основании которого больной может составить целый рассказ, включив в него отобранные предметы, но классификация не производится. Например, в одну группу попадают карточки с изображением яйца, ложки и ножа, а в другую — тетради, пера и карандаша. Объяснения больного сводятся к тому, что «он пришел с работы, закусил яйцом из ложечки, отрезал себе хлеба, потом немного позанимался, взял тетрадь, перо и карандаш...». Такого рода ошибочные решения обозначаются как конкретно-ситуационные сочетания.

В основном такие решения бывают у олигофренов (95% случаев), у больных с рано начавшимися эпилептическими процессами (86%), у больных, перенесших тяжелые формы энцефалита (70%). У всех этих больных, как правило, психопатологическая симптоматика (т. е. нет бреда, галлюцинаций, расстройств сознания) отсутствует, а в клинической картине заболевания преобладают признаки общего интеллектуального снижения.

Невозможность выполнения задания в обобщенном плане, неумение отвлечься от отдельных конкретных свойств предметов связаны с тем, что больные не могут усвоить условности, скрытой в задании. Это особенно ярко проявляется при толковании испытуемыми пословиц и метафор. Пословицы являются таким фольклорным жанром, в котором обобщение, суждение передаются через изображение отдельного факта или явления конкретной ситуации. Истинный смысл пословицы становится понятным только тогда, когда человек отвлекается от конкретности, когда единичные явления приобретают характер обобщения.

У больных обнаруживается чрезмерная связанность суждений с реальными жизненными фактами, неумение абстрагироваться от них, что приводит к непониманию условности содержания пословиц и метафор. Слово выступает для больных в его конкретном значении, они не могут осмыслить условность, которая кроется в поговорке. Наиболее грубым и часто встречающимся нарушением является буквальное понимание пословицы, приводящее к потере ее обобщенного

смысла. Например, пословицу «Куй железо, пока горячо» больной эпилепсией интерпретирует так: «Железо нельзя ковать, когда оно холодное».

При работе с методикой «Отнесение фраз к пословицам» испытуемым предлагаются отдельные пословицы и карточки, на которых раскрывается их точный или приближенный смысл. Например, к пословице «Шила в мешке не утаишь» предлагаются следующие фразы: «Сапожник чинил шилом сапоги»; «Правду скрыть невозможно»; «Сапожник по неосторожности уронил шило в мешок». Трудность задания здесь переносится в другую плоскость: нужно не только понять абстракцию, но и исключить то, что не соответствует смыслу пословиц.

Снижение уровня обобщения проявляется и при исследовании больных методикой пиктограмм. Так, если рисунки больных шизофренией отличаются большой схематичностью и пустой символикой, то образы, создаваемые больными эпилептической болезнью и умственно отсталыми лицами, носят конкретно-ситуационный характер и свидетельствуют о непонимании ими переноса и условности. Именно эти особенности проявляются в их педантизме, обстоятельности и вязкости.

Необобщенный характер ассоциаций у больных, страдающих эпилепсией, и у умственно отсталых лиц обнаруживается и при проведении заданий по установлению последовательности событий. При разложении серии сюжетных картинок больные руководствуются частными деталями картинки, не увязывая их в единый сюжет. Возникающие ассоциации обусловливаются лишь отдельными, изолированными элементами предъявленной картинки. Смысловые взаимосвязи между элементами воспринимаемой больным ситуации не играют никакой роли в возникновении ассоциации.

Сопоставление данных, полученных с помощью различных методов, обнаруживает у больных эпилепсией, энцефалитом и у олигофренов нарушение процесса обобщения: конкретно-ситуационный характер их суждений, непонимание переноса, условности. Эти нарушения мышления больных и квалифицируют как снижение уровня обобщения. Мыслительная деятельность таких больных несовершенно отражает предметы, явления и их взаимосвязи, так как полноценный процесс отражения объективных свойств и закономерностей вещей всегда предполагает умение абстрагироваться от конкретных деталей.

Как бы антиподом снижения уровня обобщения выступают *искажения процесса обобщения*. Если суждения вышеописанных больных не выходят за пределы частных, единичных связей, то у больных, для которых характерно искажение процесса обобщения, «отлет» от конкретных связей выражен в чрезвычайно утрированной форме.

При искажении процесса обобщения больные в своих суждениях отражают лишь случайные стороны явлений, существенные же отношения между предметами мало принимаются во внимание, предметное содержание вещей и явлений часто не учитывается. Например, выполняя задание на классификацию предметов, они руководствуются чрезмерно общими признаками, неадекватными реальным отношениям между предметами. Так, больной объединяет в одну группу вилку, стол и лопату по принципу «твердость». В данном случае задание на классификацию выполнено на основе столь общих признаков, что это выходит за пределы содержательной стороны явлений. В других случаях классификация предметов осуществляется на основании чисто внешних, несущественных признаков. Например: *жук* и *лопата* объединяются в одну группу по причине того, что «лопатой роют землю, а жук тоже роется в земле».

Подобные выполнения задания обозначаются как бессодержательные или выхолощенные. Чаще всего такие нарушения процесса обобщения встречаются у больных шизофренией (67,1%), при галлюцинаторно-параноидной форме течения болезни и при психопатиях (33,3%). Подобные больные живут в мире своих бредовых переживаний, мало интересуются реальной обстановкой, пытаются к незначительным, рядовым явлениям подойти с «теоретических позиций».

Особенно отчетливо бессодержательный характер суждений таких больных выступает при выполнении пиктограмм. В них больные устанавливают лишь формальные, бессодержательные или выхолощенные связи. Условность выполненных рисунков может доходить до абсурда и полной схематизации. Например, для запоминания словосочетания «теплый вечер» больной изображает два треугольника, для слова «сомнение» рисует рыбу-*сом*, а для слова «разлука» — *лук*. Другой больной, для того чтобы запомнить слово «сомнение», изображает ком глины, так как «у Глинки есть романс «Сомнение», нарисуем глину».

Если для больных со снижением уровня обобщения задание составить пиктограмму представляет трудность в силу того, что они не могут отвлечься от отдельных конкретных значений слова, то больные с искажением процесса обобщения подобные задания выполняют с легкостью. Такие больные могут образовать любую связь, безотносительно к содержанию поставленной перед ними задачи. Для них условность рисунка становится столь широкой, что она не отражает реального содержания слова, поэтому больные могут предложить любую схему в качестве условного обозначения слова.

Бессодержательный характер умственной деятельности больных обнаруживается и в ассоциативном эксперименте. Среди ответов больных описываемой группы адекватные ответы составляли только треть (30,4%), почти половину ответов (45,8%) составляли ответы типа эхолалий («колесо» — «колесница»). Довольно часто встречались ответы по созвучию («лечение» — «течение»), ответы по типу речевых штампов («цель» — «цель оправдывает средства»), иногда попадались ответы типа экстрасигнальных («луна» — «яд»).

В суждениях больных шизофренией доминируют связи, неадекватные конкретным жизненным отношениям. Возникает *симптом выхолощенного резонерства*. Особенно явно он проявляется при сравнении и определении понятий. Например, слово «часы» определяется как «импульс или пульс жизнедеятельности всего человечества». А сравниваемые одним из больных «сани и телега» определяются им как «видоизменение видимости».

Сходные нарушения обнаруживаются и при описании сюжетных картинок. Больные не вникают в их конкретное содержание, а воспринимают их как «импульс», дающий толчок для общих рассуждений. Так, описывая картинку, на которой изображена женщина, колющая дрова, больной шизофренией заявляет, что это «маленькая теорийка о назначении жизненных условий».

Еще более витиеватые, пространные резонерские рассуждения вызывают у больных задания, требующие словесных формулировок при объяснении пословиц. Несмотря на то, что больным доступна операция переноса, их высказывания лишь частично касаются метафорического смысла. В основном больные резонерствуют по поводу обсуждаемого предмета, не раскрывая его сущности.

Надо отметить, что обычно использование речи при выполнении интеллектуальных заданий у здоровых взрослых людей приводит к улучшению результатов деятельности. У больных шизофренией этого не происходит. В свое время И. П. Павлов отмечал, что пользование речью — это преимущество человека, но оно вместе с тем таит в себе возможность отрыва от действительности, ухода в бесплодную фантазию, если за словом не стоят «ближайшие» проводники действительности. Из-за отсутствия проверки практикой мыслительная деятельность больных становится неадекватной, а их суждения превращаются в «умственную жвачку». Поэтому речь не облегчает выполнения задания, а затрудняет его, так как произносимые слова вызывают новые, часто случайные ассоциации, которые больными шизофренией не оттормаживаются. Резонерские суждения больных определяются не столько нарушениями их представлений, сколько стремлением подвести любое незначительное явление под определенную «концепцию».

Таким образом, процесс обобщения у рассмотренных групп больных нарушается с двух сторон. При снижении уровня обобщения содержание ассоциаций не выходит за пределы частных, единичных связей, полученные больными непосредственные впечатления не синтезируются, а словесно-логические связи не имеют доминирующего значения. В случае искажения процесса обобщения происходит обратное: словесно-логические связи мало опираются на конкретные свойства и признаки предметов и явлений. Если в первом случае для больных характерным является узкий круг связей, бедность ассоциаций, то во втором мышление больных характеризуется возникновением очень большого числа ассоциаций, но ассоциаций неправильных, случайных, а главное, отражающих лишь чрезвычайно общие связи.

3.3.2. Нарушение мотивационного (личностного) компонента мышления.

В отечественной психологии мышление рассматривается как особая форма человеческой деятельности, формирующаяся в практике, когда у человека возникает необходимость решить какую-нибудь задачу.

В мыслительной деятельности помимо операционального и процессуального компонентов выделяют еще и личностный аспект. Личностный аспект мышления в первую очередь составляет его мотивация. Причем мотивация мышления (т. е. отношение субъекта мышления к решаемой задаче, его побуждения к мыслительной деятельности), как и интеллектуальные операции, формируется в этом процессе, а не привносятся в него извне уже в готовом виде С. Л. Рубинштейн, определяя мышление как деятельность, отмечала, что эта деятельность опирается на систему понятий, направлена на решение задач, подчинена цели и должна учитывать условия, в которых задача осуществляется. Существенным этапом мыслительной деятельности является сличение получаемых результатов с условиями задачи и предполагаемыми итогами. Для этого человеческая мысль должна быть активной, направленной на объективную реальность. Утеря целенаправленности мышления приводит не только к поверхностности и незавершенности суждений, но и к тому, что мышление перестает быть регулятором действий человека.

Однако, несмотря на то, что мышление является мощным регулятором поведения человека, оно не является источником, движущей силой этого поведения. Как известно, источником человеческого действия являются осознанные потребности. Потребность, осознанная человеком,

выступает для него в виде конкретных жизненных целей и задач. Реальная деятельность человека, направленная на достижение этих целей и задач, регулируется и корригируется мышлением. Мысль, пробужденная потребностью, становится регулятором действия. Для того чтобы мышление могло регулировать поведение, оно должно быть целенаправленным, критичным, личностно-мотивированным. Не существует мышления, оторванного от потребностей, мотивов, стремлений, установок, чувств человека, т. е. от личности человека в целом. Естественно, что измененный личностный смысл мыслительной деятельности должен сыграть существенную роль в ее строении и протекании. В клинике психических заболеваний нередко наблюдаются нарушения мышления, обусловленные нарушениями личности.

Связь нарушений мышления с изменениями личности, ее мотивационной сферы, наблюдается при разных формах душевных болезней. Уже при анализе искажения уровня обобщения можно говорить о нарушении мотивационного компонента мышления. Как отмечалось ранее, больные, у которых отмечалось искажение процесса обобщения, опирались в своих суждениях на признаки и свойства предметов, не отражавшие реальные отношения между объектами. Такие больные могли объединить *ложку* с *автомобилем* «по принципу движения», *шкаф* — с *кастрюлей*, потому что «у обоих есть отверстия», а *ботинок* — с *карандашом*, так как «оба оставляют след». Таким образом, у больных слишком легко актуализировались случайные, маловероятные связи, которые сосуществовали в их мышлении с существенными признаками предметов.

Как известно, значимым, существенным для человека является то, что приобрело смысл в его жизнедеятельности. Существенность признака и свойства, значимость самого предмета или явления зависят от того, какой смысл они приобрели для него. Причем, как указывал А. Н. Леонтьев, в разных жизненных условиях одни и те же явления, события, предметы могут приобретать разный личностный смысл для человека. Но кроме личностного смысла любой предмет или явление имеет еще и свое значение, т. е. устойчивую общественно выработанную совокупность знаний о нем.

Наше отражение мира всегда включает в себя и смысловое отношение к нему, и его предметно-объективное значение. В различных обстоятельствах могут превалировать то одна, то другая сторона, но обе они гармонично слиты в единстве. Конечно, и здоровые люди в определенных ситуациях (например, в аффекте) могут руководствоваться при решении задач преимущественно личностными смыслами, отчасти изменяющими значение предметов и явлений. Однако при проведении экспериментального исследования, например, классификации предметов, несмотря на индивидуальные различия, здоровые испытуемые руководствуются общепринятыми значениями, а не своими личностными предпочтениями, интересами и т. п. Поэтому у здоровых испытуемых ответы носят достаточно устойчивый, стандартный, даже банальный характер. У ряда больных шизофренией эта устойчивость объективного значения вещей оказывается нарушенной. Единство значения предмета и смыслового отношения к нему у таких больных оказывалось утраченным благодаря изменениям в сфере мотивов и установок.

Особенно ярко нарушение мотивационного компонента мыслительной деятельности обнаруживается в разноплановости мышления и резонерстве. Клиницисты также относят эти нарушения к формальных расстройствам мышления, проявляющимся в утрате целенаправленности (см. раздел 4 части I). Однако, только деятельностный подход, доминирующий в патопсихологии, позволяет вскрыть психологические механизмы данных нарушений.

Нарушение мышления, обозначаемое как *разноплановость*, заключается в том, что суждения больных о каком-нибудь явлении протекают в разных плоскостях. Такие больные при выполнении экспериментальных заданий в состоянии правильно усвоить инструкцию, они могут обобщить и сравнить предлагаемый материал на основе существенных признаков, актуализируемые ими знания о предметах могут быть адекватными. Вместе с тем больные не выполняют задания в требуемом направлении: их суждения протекают в разных руслах.

Например, при выполнении методики классификации предметов больные объединяют карточки в течение выполнения одного и того же задания то на основании свойств самих изображенных предметов, то на основании личных вкусов, установок, обрывков воспоминаний. Процесс классификации, таким образом, протекает у испытуемых в разных руслах. Направленность на объективное содержание действия утрачивается, в мышлении больных переплетаются адекватные логические суждения и обрывки представлений, элементы воспоминаний, желаний.

Подобные нарушения мышления Г. В. Биренбаум наблюдала у больных шизофренией. Она указывала, что мышление у таких лиц «течет как бы по различным руслам одновременно». К выполнению заданий такие больные подходят не с позиций, обусловленных конкретной ситуацией, а руководствуясь измененным отношением, измененными жизненными установками. Например, больной объединяет в группу карточки со следующими изображениями: *лопата, кровать, ложка, автомобиль, самолет, корабль* и дает им объяснение: «Железные. Предметы,

свидетельствующие о силе ума человеческого». Больные часто подменяют выполнение задания выявлением субъективного к нему отношения. Например, тот же больной, объединив *шкаф, стол, этажерку, уборщицу* и *лопату* в одну группу, объясняет это таким образом: «Мебель. Это группа выметающих плохое из жизни. Лопата — эмблема труда, а труд несовместим с жульничеством».

Подобное неадекватное увязывание не состоящих в связи друг с другом вещей выступало потому, что больные рассматривали самые обыденные вещи в неадекватных ситуации аспектах. Парадоксальность установок, смысловая смещенность приводят к глубокому изменению структуры любой деятельности, как практической, так и умственной. В качестве существенного при этом выступает то, что соответствует измененным парадоксальным установкам больных.

Еще более четко выступает роль измененного личностного отношения в нарушении мыслительной деятельности при резонерстве. *Резонерство* определяется клиницистами как бесплодное мудрствование, непродуктивные многоречивые рассуждения. Для психиатра резонерство выступает как одна из форм нарушения мышления. Патопсихологические экспериментальные исследования позволили вскрыть механизм феномена «резонерства»: резонерские рассуждения больного определяются не столько нарушением его интеллектуальных операций, сколько повышенной аффективностью, неадекватным отношением, стремлением подвести любое, даже незначительное явление под какую-то концепцию. Нередко неадекватные суждения отмечаются даже у больных, у которых вообще эксперимент не выявляет нарушений познавательных процессов, это характерно, например, для больных с психопатиями.

Психологическая характеристика симптома резонерства была предметом специального исследования Т. И. Тепенициной. Как показали результаты ее исследований, неадекватность, резонерство больных, их многоречивость выступали в тех случаях, когда имела место аффективная захваченность, чрезмерное сужение круга смыслообразующих мотивов, повышенная тенденция к оценочным суждениям.

Резонерство выражается в претенциозно-оценочной позиции больного и склонности к большему обобщению по отношению к мелкому объекту суждений. Аффективность проявляется в самой форме высказывания: многозначительной, с неуместным пафосом. Грамматический строй речи отражает эмоциональные особенности резонерства: своеобразен синтаксис, лексика резонерских высказываний, часто используются инверсии и вводные слова.

Разноплановость и резонерство больных находят свое отражение в речи, которая приобретает характер «разорванности». Нередко наблюдается симптом монолога — больные говорят независимо от присутствия собеседника. При внешне упорядоченном поведении и правильной ориентировке в обстановке они могут часами произносить монологи, не проявляя при этом никакой заинтересованности во внимании собеседников.

Анализ разорванной речи выявляет следующие ее основные характеристики: 1) в довольно длительных высказываниях больных нет никакого рассуждения; 2) в речи больных нельзя обнаружить определенный объект мысли; 3) больные не заинтересованы во внимании собеседника; они не выражают в своей речи никакого отношения к другим людям. Таким образом, «разорванная» речь больных лишена основных, характерных для человеческой речи признаков. Она не является ни орудием мысли, ни средством общения между людьми.

3.3.3. Нарушение динамики мыслительной деятельности.

Как и любая другая деятельность, мышление имеет свою процессуальную сторону, т. е. оно протекает во времени и обладает некой изменчивой динамикой. Еще И. М. Сеченов указывал, что мысль имеет начало, течение и конец. С. Л. Рубинштейн также неоднократно подчеркивала, что свести мышление к операциональной стороне и не учитывать его процессуальную сторону означает устранить само мышление. Процессуальный, динамический аспект мышления не тождествен операциональному (операционному). Не операции порождают мышление, а процесс мышления порождает операции, которые затем в него включаются. Истинным проявлением мышления как процесса является цепь умозаключений, переходящая в рассуждение.

Поэтому и анализ нарушений мышления нельзя свести только к рассмотрению нарушений его операциональной или личностной сторон. Часто встречаются нарушения мышления, которые не сводятся к распаду понятий, а являются нарушениями его динамики. Ранее уже рассматривались нарушения динамики мнестической деятельности, при которых колебания продуктивности памяти (например, у сосудистых больных) вызывались нарушениями умственной работоспособности. Подобные колебания, выступающие как непоследовательность суждений, наблюдаются и в мыслительной деятельности больных. К таким динамическим нарушениям относят *лабильность* и *инертность мышления*.

Лабильность мышления характеризуется неустойчивостью способа выполнения задания, т. е. чередованием адекватных и неадекватных решений. Уровень обобщения больных в основном

может не страдать, больные в состоянии правильно обобщить материал, у них не нарушаются операции сравнения, переноса. Однако адекватный характер суждений может быть неустойчивым.

Особенно ярко подобное нарушение проявляется при выполнении больными задания «классификация предметов». При выполнении этого экспериментального задания больные описываемой группы легко усваивают инструкцию, применяют способ, адекватный условиям задания, т. е. раскладывают карточки по обобщенному признаку, но спустя время утрачивают найденный правильный способ решения. Достигая в отдельных случаях высоких уровней обобщения, больные эпизодически сбиваются на путь неправильных или случайных сочетаний. Эти колебания способов решения могут проявляться по-разному.

1. Часто наблюдаются чередования обобщенных и конкретно-ситуационных сочетаний. Например, больной с закрытой черепно-мозговой травмой, который начал раскладку карточек по обобщенному принципу, правильно создав группы растений, животных, не знает, куда отнести карточку с изображением мухомора, так как «он же вредный, отнесу его в сторону». Причем после просьбы экспериментатора работать внимательнее он смог выполнить задание правильно. Чем дольше такие больные заняты выполнением задания, тем более выражены у них подобного рода ошибки. Однако после непродолжительного отдыха, они могут вернуться к правильному выполнению задания.

2. Логические связи подменяются случайными сочетаниями. Так, правильное выполнение задания на классификацию нарушается тем, что больные объединяют объекты в одну группу только потому, что карточки оказались рядом. При этом больные в состоянии самостоятельно заметить и исправить свои ошибки.

3. Ошибочные решения могут проявляться в образовании одноименных групп. Объединяя предметы по правильному общему признаку, такие больные могут выделять несколько аналогичных групп, например, могут создать две группы, в каждую из которых входят предметы мебели, или две (и более) группы, объединяющие каждая изображения людей, и т. п.

Во всех этих случаях нарушение динамики мышления не приводило к грубым нарушениям строения мышления. Оно лишь на некоторое время искажало правильный ход суждений больных, являясь, скорее всего, нарушением умственной работоспособности.

В некоторых случаях нарушение динамики мышления носит более стойкий характер, при этом изменяется само строение мышления. Такие стойкие нарушения динамики мышления в виде его лабильности часто встречаются у больных маниакально-депрессивным психозом в маниакальной фазе болезни. *Маниакальные состояния* характеризуются повышенным аффективным состоянием и психомоторным возбуждением. Больные беспрерывно громко говорят, смеются, шутят, сопровождая свою речь экспрессивной жестикуляцией и мимикой. Иногда выкрикивают отдельные слова. Характерна чрезвычайная неустойчивость и разбросанность внимания.

У таких больных возможность анализа и синтеза часто не нарушены, однако выполнение любого задания (и классификации, и толкования пословиц и поговорок, и складывания последовательных картинок и т. п.) не вызывает у них определенной стратегии мышления. Больные не вникают в смысл задания, импульсивно приступают к его выполнению. Возникающие ассоциации носят хаотический характер и не оттормаживаются. Больные сосредотачиваются на экспериментальном задании лишь на короткое время. Так, понимая смысл пословицы, больные не могут на ней сосредоточиться. Нередко какое-нибудь слово в пословице вызывает цепь ассоциаций, которые далеко уводят больного от начальной темы.

Таким образом, при выраженной лабильности мышления у маниакальных больных, несмотря на доступность смысла задания и сохранность логических операций, неадекватным оказывается само течение умственной деятельности. Это обусловлено тем, что любое слово, любой предмет отвлекают направленность больного и уводят его от непосредственного решения задания. Причем при направляющей помощи экспериментатора больным удается решать задания адекватно поставленной цели, но такой способ остается неустойчивым.

Неустойчивость способов выполнения работы достигает у некоторых больных утрированной формы, тогда говорят о повышенной отвлекаемости.

Такие больные не только не в состоянии удерживать ход своих суждений в установленном ранее направлении, но и начинают чутко реагировать на любой раздражитель, даже не адресованный им. Особо отчетливо феномен «отвлекаемости» проявляется в ассоциативном эксперимента. В качестве ответных реакций часто выступают так называемые «вплетения», т. е. в качестве ответов используются слова, обозначающие находящиеся перед ними предметы. Любой объект, любая случайная фраза могут вызвать действия больных, неадекватные содержанию их деятельности, искажающие ход их суждений.

Антиподом лабильности мышления является ***инертность мышления***. В этих случаях отмечается выраженная затрудненность переключения с одного способа работы на другой.

Больные не могут изменять ход своих суждений, переключаться с одного вида деятельности на другой. Подобные нарушения часто встречаются у больных эпилепсией, иногда у больных с отдаленными последствиями тяжелых травм головного мозга, при некоторых формах умственной отсталости.

При экспериментально-психологическом исследовании у этой категории больных обнаруживается замедленность, тугоподвижность интеллектуальных процессов. Изменение условий затрудняет возможности обобщения материала. Даже тогда, когда больные в состоянии понять инструкцию и правильно выполнить операцию обобщения (например, при проведении классификации предметов), при необходимости переключения на новый способ решения больные допускают ошибки, так как по инерции продолжают опираться на предыдущий, утративший свою актуальность способ решения.

Аналогичные результаты получаются и в других заданиях. Так, например, в опытах на опосредованное запоминание (методика пиктограмм, опосредованного запоминания по А. Н. Леонтьеву), больные, выбрав для опосредования запоминаемого слова какое-либо одно средство, не могут это же слово обозначить по-другому. Т. е., решение задачи доступно больному, только если оно выполняется лишь одним определенным способом.

Таким образом, инертность связей прежнего опыта приводит к снижению операций обобщения и отвлечения. Например, при осуществлении предметной классификации такие больные не только затрудняются объединить в одну группу однородные объекты (диких и домашних животных), но и каждый отдельный объект предстает для них в своем единичном значении (поэтому даже отдельные домашние животные могут не объединяться вместе, так как они все разные). Это обусловлено тем, что сам процесс классификации требует оттормаживания одних элементов, сопоставления с другими, т. е. известной гибкости, переключения, что и вызывает у подобных больных наибольшие трудности. Причем, если при лабильности мышления тоже возможны ошибки по дублированию однородных групп, которые корректируются больными или самостоятельно, или с помощью экспериментатора, то у больных с инертностью мышления вмешательство экспериментатора не оказывает выраженного корригирующего воздействия.

Трудность переключения, инертность связей прежнего опыта проявляются и при выполнении заданий по методу «исключения объектов», при определении понятий. Конкретные связи прежнего опыта доминируют в мыслительной деятельности больных и определяют весь дальнейший ход их суждений. Из-за подобной инертности больные часто не упускают при выполнении заданий ни одной детали, ни одного свойства предметов. Это порождает у больных (в первую очередь больных эпилепсией) стремление к уточнению, желание исчерпать при решении какого-нибудь вопроса все многообразие фактических отношений между предметами, что и проявляется в своеобразном эпилептическом резонерстве. Эпилептическое резонерство отличается обстоятельностью, излишней детализацией и в клинике обозначается как «вязкость» мышления.

Инертность мышления также отчетливо проявляется в ассоциативном эксперименте. При этом обращает на себя внимание большое количество запаздывающих ответов: больные отвечают не на предъявляемое слово, а на прежнее. Запаздывающие ответы свидетельствуют о том, что следовой раздражитель приобретает большее сигнальное значение, чем актуальный. Например, при выполнении заданий ассоциативного эксперимента, в которых требуется отвечать на задаваемое слово словом, противоположным по значению, больной к слову «пение» подбирает слово «молчание», а к слову «колесо» — слово «тишина». Аналогично подбираются антонимы к словам «обман» — «вера» и «голоса» — «ложь».

Таким образом, нарушения динамики мышления, проявляющиеся либо в неустойчивости способа действия, либо, наоборот, в трудности перехода от одного способа действия к другому при смене условий деятельности, существенно затрудняют адекватное отражение объективной действительности. Другими словами, чтобы мыслительная деятельность была полноценной, необходима сохранность не только ее операциональной и личностной сторон, но и ее динамики.

3.3.4. Нарушение критичности мышления.

Мыслительная деятельность требует, помимо ориентировки в условиях задачи, выполнения логических операций, еще и сличения полученных конечного и промежуточных результатов с прогнозируемой целью. Другими словами, в структуру мышления входят действия контроля. Поэтому нарушения мышления могут возникнуть из-за того, что выпадает контроль за мыслительными действиями и коррекция допущенных ошибок. Такой вид нарушения мышления характеризуется как нарушение критичности мышления.

Критичность мышления рассматривалась в психологии только в общем плане. С. Л. Рубинштейн считала, что возможность осознать свою ошибку является привилегией мысли, так как только в мышлении субъект сознательно соотносит результаты мыслительного процесса с

объективными данными, и следовательно, в случае их несоответствия может выявить ошибку. Б. М. Теплов рассматривал критичность мышления как одно из качеств ума. Он определял критичность как умение строго оценивать работу мысли, тщательно взвешивать все доводы за и против намечающихся гипотез и подвергать эти гипотезы всесторонней проверке.

В психопатологии о критичности и ее нарушениях говорят в плане отношения больного к своей психопатологической симптоматике (бреду, галлюцинациям, других болезненным проявлениям).

Патопсихологическому экспериментальному анализу был подвергнут тот тип критичности, который состоит в умении обдуманно действовать, проверять и исправлять свои действия в соответствии с объективными условиями.

При выполнении различных экспериментальных заданий у некоторых больных обнаруживается особая группа ошибок, которую можно охарактеризовать как бездумную манипуляцию предметами. Например, при выполнении классификации предметов больные могут, не вслушавшись в инструкцию, начать раскладку карточек, совершенно не проверяя себя. Они могут создавать совершенно разнородные, неадекватные по содержанию группы только на основании того, что одни карточки лежат с краю, а другие — посередине стола. При этом вмешательство экспериментатора и указание на необходимость собирать карточки, чтобы они подходили друг другу по смыслу, приводит к тому, что больные справляются с заданием правильно.

Такое безразличное отношение к своим ошибкам при потенциальной возможности их коррекции выявляется при выполнении практически всех экспериментальных заданий (составлении рассказа по сериям сюжетных картинок, толковании смысла пословиц и поговорок и др.). Несмотря на то, что больные могут осмыслить содержание басни, условный смысл инструкции, переносный смысл пословицы, вычленить обобщенный признак, они могут допустить грубейшие ошибки и действовать не в соответствии с инструкцией, не придавая этому значения.

Нарушения критичности у психически больных были исследованы И. И. Кожуховской, в том числе анализу подверглось и нарушение критичности мышления. В качестве показателя критичности мыслительной деятельности больных И. И. Кожуховская рассматривала градацию отношения больного к допускаемым ошибкам. Оказалось, что критичность больных проявлялась по-разному: одни больные сами исправляли свои ошибки, другие делали это только под «нажимом» экспериментатора, третьи упорно отстаивали свои решения. Причем коррекции в основном не поддавались ошибки, связанные с разноплановостью суждений, т. е. с нарушением мотивационного компонента мышления.

В исследовании И. И. Кожуховской был также проанализирован вопрос о влиянии оценки экспериментатора на критическое отношение больных к продукту своей деятельности. Замечания экспериментатора по-разному отражались на отношении испытуемых к работе. Например, больные эпилепсией чрезвычайно остро переживали свои неправильные ответы и ошибки, однако оценить качество своего решения они были не в состоянии. Болезненная реакция, скорее, была связана с самим фактом негативной оценки их деятельности экспериментатором, чем с содержанием ответа. У больных шизофренией, в клинической картине которых преобладали симптомы вялости, безучастия, отмечалось безразличное отношение к проверке и оценке их деятельности экспериментатором, у них не возникала установка на исправление ошибок. Это объясняется нарушением мотивации мышления данной категории больных.

Таким образом, можно прийти к выводу, что нарушение мышления по существу выходит за пределы нарушений познавательных процессов и должно рассматриваться как невозможность осознать и оценить свое поведение в целом, т. е. как некритичность к своей личности, как следствие нарушения подконтрольности поведения в широком смысле слова.

3.4. Нарушения умственной работоспособности.

3.4.1. Общепсихологическая характеристика работоспособности человека.

Нарушения психической деятельности психически больных людей могут иметь различный характер. Как известно, наряду с расстройствами познавательных процессов и личностных изменений могут также встречаться нарушения динамической стороны психической деятельности, которые зачастую являются следствием нарушения умственной работоспособности.

Под *работоспособностью* принято понимать потенциальную возможность индивида выполнять целесообразную деятельность на заданном уровне эффективности в течение определенного времени /9/.

Говоря о работоспособности, выделяют общую (потенциальную, максимально возможную) и фактическую работоспособность, уровень которой всегда ниже. Фактическая работоспособность зависит от текущего уровня здоровья человека, самочувствия, от типологических свойств нервной системы, индивидуальных особенностей функционирования психических процессов, от оценки человеком значимости и целесообразности мобилизации определенных ресурсов организма для выполнения определенной деятельности в течение заданного времени при условии нормального восстановления расходуемых ресурсов организма /20/.

Принято выделять ряд последовательно сменяющих друг друга фаз работоспособности. В процессе выполнения работы человек проходит через следующие фазы:

1) фаза мобилизации — предстартовое состояние;

2) фаза врабатываемости — возможны сбои, ошибки, но постепенно организм приспосабливается к оптимальному режиму выполнения задания;

3) фаза оптимальной работоспособности (компенсации) — оптимальный режим работы, стабильные регуляторы труда;

4) фаза неустойчивой компенсации (субкомпенсации) — перестройка организма: необходимый уровень в работе поддерживается за счет ослабления менее важных функций;

5) фаза «конечного порыва» — перед окончанием работы при наличии сильного мотива к деятельности;

6) фаза декомпенсации — при выходе за пределы фактической работоспособности во время работы в сложных условиях после фазы субкомпенсации наступает данная фаза, сопровождаемая прогрессирующим снижением производительности труда, появлением ошибок, выраженными вегетативными нарушениями;

7) фаза срыва — возникает при продолжении работы (резкое падение производительности, вплоть до невозможности продолжать работать, неадекватность реакций организма, обмороки);

8) фаза восстановления физиологических и психологических ресурсов организма наступает после прекращения работы.

Начиная с фазы субкомпенсации, возникает состояние утомления. Различают физиологическое и психическое утомление. Физиологическое утомление обусловлено воздействием на нервную систему продуктов разложения, освобождающихся в результате двигательно-мускульной деятельности. Психическое утомление является следствием перегруженности ЦНС. Обычно оба эти вида утомления тесно переплетены между собой, причем психическое утомление (ощущение усталости) предшествует физиологическому.

Психическое утомление разнообразно по своим проявлениям: в области *ощущений* оно проявляется в понижении чувствительности, в результате чего отдельные раздражители перестают восприниматься, а другие воспринимаются с опозданием. Также снижается способность концентрировать *внимание*, сознательно его регулировать. Нарушаются показатели *памяти*: снижается способность к запоминанию, воспоминания приобретают обрывочный характер. *Мышление* замедляется, теряет свой критический характер, гибкость. В *эмоциональной сфере* возникает безразличие, скука, состояние напряженности, возможны явления депрессии или повышенной раздраженности, наступает эмоциональная неустойчивость. Нарушаются *сенсомоторные реакции*, что проявляется в увеличении времени реакции, потере ловкости, координированности движений. Таким образом, психическое утомление имеет комплексный характер и затрагивает все стороны психической жизни человека.

В случае неполного восстановительного периода остаточные проявления утомления сохраняются. Они могут накапливаться и приводить к хроническому переутомлению различной степени выраженности. В состоянии переутомления снижается длительность фазы оптимальной работоспособности, в некоторых тяжелых случаях она может полностью отсутствовать. Можно сказать, что вся работа проходит в фазе декомпенсации. В состоянии хронического переутомления в наибольшей степени страдает умственная работоспособность, что проявляется в трудностях сосредоточения, нарастании мнестических расстройств, замедленности и неадекватности мышления.

3.4.2. Клинические проявления нарушения умственной работоспособности.

Нарушение умственной работоспособности наиболее ярко проявляется в клинической картине астенического синдрома (состояния нервно-психической слабости). Ведущее проявление данного синдрома — собственно астения, признаками которой являются повышенная утомляемость, истощаемость нервно-психических процессов. В результате этого нарушается нормальное течение познавательных процессов. На первый план выходят нарушения произвольного

внимания, его концентрации. Нарастают рассеянность, отвлекаемость, затрудняется сосредоточение. Появляется функциональное затруднение запоминания и активного воспроизведения, сочетающееся с затруднением осмысления и «схватывания» материала. Так, чтение быстро превращается в механический процесс без усвоения и понимания смысла прочитанного.

При астении отмечаются и поведенческие расстройства. Поведение таких больных отличаются нетерпеливостью, быстрым истощением целенаправленной активности, что сопровождается неустойчивостью способов деятельности, недоведением начатого до конца. В таком состоянии резко падают физическая и нервно-психическая трудоспособность. При работе быстро появляется усталость, вялость, выраженная потребность в отдыхе, после которого наблюдается непродолжительный всплеск активности и улучшение самочувствия.

Помимо этого, обязательными симптомами астении являются эмоционально-гиперэстетические и вегетативновисцеральные расстройства.

Астенический синдром встречается при неврозах, являясь сущностью астенического невроза (неврастении), а также наблюдается при многих соматических заболеваниях, органических поражениях головного мозга и некоторых формах течения шизофрении /14/.

3.4.3. Патопсихологический анализ нарушений умственной работоспособности при психических расстройствах.

При экспериментальном исследовании психической деятельности душевнобольных выявляются ее нарушения, связанные с нарушением умственной работоспособности. О нарушении умственной работоспособности, согласно мнению Б. В. Зейгарник, целесообразно говорить в том случае, если испытуемый осмысляет задание, требующее синтеза и обобщений, его ассоциации носят адекватный характер, его отношение к ситуации эксперимента не изменено, однако он не может в конкретной работе длительно удерживать инструкцию, правильный способ действия, допускает ошибки.

Проблеме нарушения работоспособности больных было посвящено исследование Э. А. Коробковой, которая разработала классификацию проявлений нарушения работоспособности в широком смысле слова. По ее мнению, нарушения работоспособности могут проявляться как нарушения целенаправленности, произвольности, нарушения объема и регуляции усилий и нарушение динамики деятельности. Рассматривая умственную работоспособность как частное проявление работоспособности вообще, Э. А. Коробкова считала, что ее нарушения являются следствием истощаемости. По своим проявлениям нарушения умственной работоспособности ближе всего к нарушению динамики деятельности (ранее такие нарушения были рассмотрены нами как проявления нарушения динамики памяти и мышления). При этом приобретенные в прошлой жизнедеятельности человека навыки, интеллектуальные операции остаются нередко сохранными, однако больной не в состоянии выполнять умственные задания, требующие длительных и устойчивых усилий.

Нарушения умственной работоспособности зачастую принимают характер нарушений отдельных процессов: памяти, мышления, колебаний внимания, нарушений сенсомоторных реакций, что ярко проявляется в патопсихологическом эксперименте.

Так, при проведении с такими испытуемыми пробы на запоминание 10 слов, кривая, изображающая количество воспроизведенных слов при нескольких попытках, будет носить ломаный характер. При исследовании пробой Крепелина результаты будут аналогичны (кривая, изображающая количество допущенных ошибок, также носит ломаный характер). Подобные колебания наблюдаются и при исследовании темпа сенсомоторных реакций у испытуемых с нарушением умственной работоспособности при отыскании чисел по таблице Шульте. Так, Б. В. Зейгарник показала, что суммарное время, потраченное на отыскание чисел у больных сосудистыми заболеваниями головного мозга, по сравнению с нормой резко завышено. Но детальный подсчет времени каждой поисковой операции свидетельствует о том, что эта общая замедленность объясняется наличием отдельных чрезмерно длительных поисковых действий в ряду других, нормальных по скорости. Т. е. замедленность общего темпа выполнения задания оказывается итогом крайней неравномерности темпа отдельных операций.

В исследованиях изменения сенсомоторных реакций, проведенных С. Я. Рубинштейн при помощи авторской методики, также были выявлены колебания деятельности. В исследовании больной должен был научиться точно рассчитывать силу нажатия на резиновую грушу для осуществления заданного движения под контролем зрения. Оказалось, что у испытуемых с нарушениями психики артериосклеротического генеза кривая записи движений на кимографе носила толчкообразный характер. Иными словами, испытуемые верно осуществляли заданные движения по силе и скорости, но их усилия не были равномерными.

Подобная прерывистость психических процессов, неустойчивость динамики психики, согласно взглядам Б. В. Зейгарник, связана с колебаниями коркового тонуса и приводит к нарушениям не только элементарных, но и более сложных форм интеллектуальной деятельности — к непоследовательности суждений. Этот феномен был уже довольно подробно рассмотрен в параграфе, касающемся нарушения динамики мыслительной деятельности, но все же целесообразно еще раз остановиться на его экспериментальном исследовании.

Характерной особенностью непоследовательности суждений служит неустойчивость уровня выполнения задания. Данные экспериментального исследования, проведенного Б. В. Зейгарник, показывают, что уровень обобщения у таких испытуемых не был снижен, больные верно понимали инструкцию, хорошо анализировали, синтезировали материал, понимали переносный смысл пословиц, метафор, однако адекватный характер суждений больных был неустойчив. Больные не удерживали правильный способ действий в течение длительного времени, правильные способы выполнения задания чередовались с ошибочными. Иногда правильное, адекватное выполнение различных экспериментальных заданий прерывалось внезапно наступающими колебаниями эмоциональной сферы. В этих случаях небольшая допущенная ошибка, неосторожное замечание экспериментатора по ее поводу дезорганизовывали деятельность больных и приводили к неверному выполнению задания.

Таким образом, непоследовательность суждений, являясь следствием колебания умственной работоспособности, существенно отличается от нарушений самого процесса обобщения. Отличие колебаний умственной работоспособности от стойкого снижения интеллектуальных процессов, от распада синтетической деятельности заключается в периодичности неправильных суждений. Ошибки мышления больных возникали потому, что отдельные верные суждения не доводились до конца, обрывались, отдельные этапы забывались, не складываясь в единую цепь рассуждений. Т. е. данные нарушения носят динамический характер и не связаны с нарушением системы понятий.

Б. В. Зейгарник отмечает интересную особенность, проявляющуюся в экспериментальном исследовании умственной работоспособности психически больных. Она обнаружила, что колебания умственных достижений больных выявляются не при всех экспериментальных заданиях. Они могут не проявляться при выполнении сложных, но одноактных проб, но обнаруживаются при решении многоактных задач, требующих учета и удержания нескольких признаков, особенно когда необходимо длительное удержание направленности мысли и оттормаживание несоответствующих связей.

Многочисленные исследования (Б. В. Зейгарник, В. М. Коган, Э. А. Коробкова) показывают, что неравномерность умственных достижений больных вызывалась не сложностью материала, не затруднениями при его организации, так как любой вид деятельности мог на какой-то короткий отрезок времени быть доступен больному. Колебания достижений умственной деятельности больных при выполнении разных задач являются проявлением общего нарушения — неустойчивости умственной работоспособности. Именно колебания умственной работоспособности приводят к тому, что одни и те же больные в разные промежутки времени кажутся то людьми полноценными, адекватно мылящими, то людьми, действия которых лишены целенаправленности.

Данные нарушения чаще встречаются у больных сосудистыми заболеваниями головного мозга на ранней стадии болезни. Подобные колебания умственной работоспособности, по мнению Б. В. Зейгарник, являются следствием быстро наступающего *истощения психических процессов*, которое следует отличать от утомления, наблюдаемого у здорового человека. Если здоровый испытуемый утомлен, то он будет медленнее выполнять задание, с нарастанием количества ошибок к концу эксперимента, но на адекватном уровне, а истощаемость обусловливает временное изменение самого *качества* умственных достижений, уровня умственной деятельности.

В основе истощаемости психических процессов лежит ослабление функционального состояния корковой динамики, снижение тонуса коры, выраженное в охранительном торможении, которое носит функциональный характер. Такое функциональное состояние коры головного мозга является преходящим, но приводит к временному ослаблению работоспособности человека вообще и умственной работоспособности в частности.

Ряд клинических симптомов, которые выглядят как нарушения отдельных психических функций, по существу являются по-разному оформленными проявлениями нарушенной работоспособности. Так, когда больные жалуются, что забывают прочитанное или забывают выполнить поручение, это выглядит как нарушение памяти, а когда отмечают, что малозначительные факты (например, разговор соседей) мешают им работать — как «распыление» внимания. Однако, согласно мнению Б. В. Зейгарник, все эти симптомы являются проявлением одного нарушения: чрезмерно легко наступающей истощаемости, приводящей к изменению умственной работоспособности.

Однако причиной нарушения умственной работоспособности может выступать не только истощаемость психических процессов. В ряде случаев в ее основе может лежать явление быстрого *«пресыщения»*. Под пресыщением понимают состояние, при котором у человека иссякает потребность к продолжению начатого действия, в то время как условия заставляют его им заниматься. При этом не только снижается продуктивность, но и возникают изменения в деятельности испытуемого, появляются различные «вариации» заданного действия. Так, если испытуемому приходилось выполнять монотонное задание — чертить бесконечные ряды черточек, то действие прерывалось вариациями — черточки становились то больше, то меньше, больные начинали дополнительно стимулировать себя (посвистывать, например).

Симптомы пресыщения связывают не с утомлением и не с истощаемостью, а с изменением отношения личности к выполняемой работе. Подтверждением этому служит тот факт, что при изменении смысла работы, при возникновении нового мотива (если давалась новая инструкция, что этим экспериментом, например, исследуется выдержка испытуемого) вариации действий исчезали, а эффективность деятельности улучшалась. Данные симптомы у здоровых испытуемых проявлялись через продолжительный промежуток времени, а у больных прогрессивным параличом, больных в астеническом состоянии разной этиологии — довольно быстро.

Нарушения пресыщаемости могут проявиться и прямо противоположным способом. В некоторых случаях, когда активность больного приобретает сверхценный характер, т. е. значимым становится сам процесс деятельности, а не достижение ее результата, отмечается феномен непресыщаемости потребности в выполнении стереотипных монотонных действий. Такие больные могут часами, не видоизменяя способов действия, не проявляя признаков утомления, выполнять какие-либо действия (рисовать стереотипные одинаковые изображения, выписывать бесконечные ряды цифр, манипулировать предметами и т. п.), не достигая объективного предметного результата. Такое нарушение психической пресыщаемости отмечается у больных шизофренией, при некоторых видах психопатий, при синдроме раннего детского аутизма.

Колебания умственной работоспособности могут быть обусловлены не только выраженной истощаемостью или пресыщаемостью психических процессов, но и тенденцией к чрезмерному опосредованию. Объясняется это тем, что больные со снижением умственной работоспособности, но личностно сохранные, при выполнении экспериментальных заданий замечали свои ошибки, пытались их скомпенсировать, но при этом возникало иногда чрезмерное стремление опосредовать свое поведение и действия. Сам факт опосредования действия является адекватным свойством психической деятельности здорового человека. И хотя он отвлекает на себя усилия субъекта, опосредование не нарушает логического течения суждений человека.

К сожалению, усилия больных с нарушением умственной работоспособности столь резко направлены на приемы компенсации, на постоянное отыскивание вспомогательных средств, что нарушается целостность восприятия, гармоничность протекания интеллектуального процесса, который в силу этого приобретает прерывистый характер.

Проблема нарушения работоспособности имеет большое значение при решении практических задач клиники и педагогики. Нередко неуспеваемость ребенка или непродуктивность в работе объясняется не низким уровнем знаний, не утерей навыков, не отсутствием личной направленности, а лишь изменением корковой нейродинамики, обусловливающей снижение работоспособности человека (которая может быть восстановлена под влиянием терапевтических и коррекционно-педагогических воздействий).

3.5. Нарушения личности.

Нарушения личности не носят однозначного характера, они могут выражаться в изменениях мотивационной сферы, изменениях самооценки и уровня притязания, нарушениях общения, самоконтроля и саморегуляции, в формировании патологических черт характера.

В отечественной патопсихологии нарушения личности анализируются с позиций деятельностного подхода. В рамках этого подхода личность рассматривается как субъект деятельности, именно в деятельности субъект формирует и проявляет себя как личность. Масштаб личности определяется тем уровнем целей, характером мотивов, которые ставит и реализует в своей деятельности человек.

Методологические основы патопсихологического эксперимента, направленного на исследование личности, заключаются в том, что эксперимент позволяет сформировать особую форму деятельности, в которую включены главнейшие индикаторы деятельностного подхода к личности: мотивированность действий, их целенаправленность, возможность контроля, регуляция

и критичность. Результаты патопсихологических исследований личности позволяют выделить следующие ее нарушения:

— нарушение опосредованности и иерархии мотивов;

— формирование патологических потребностей и мотивов;

— нарушение смыслообразования;

— нарушение подконтрольности поведения;

— формирование патологических черт личности.

3.5.1. Нарушение опосредованности и иерархии мотивов.

Развитие деятельности, а следовательно, и развитие личности можно проанализировать, исходя из анализа изменения мотивов.

Однако изменение мотивов является не только показателем развития (в том числе и онтогенетического). Изменения мотивов часто наблюдаются у людей, страдающих некоторыми формами психических заболеваний. Б. В. Зейгарник считает, что психологический анализ этих мотивационных изменений является адекватным способом исследования деятельности, а следовательно, и личности больного человека. Тем более, что патологический материал иногда дает возможность проследить процесс формирования изменения потребностей и мотивов, что одинаково важно для решения вопросов патопсихологии и общей психологии.

А. Н. Леонтьев подчеркивает тесную связь мотивов и потребностей. Отметив, что анализ потребностей может быть проведен через раскрытие их предметного содержания, он указывает, что «это преобразует психологическую проблему потребностей в проблему мотивов деятельности». Такой подход свидетельствует о сложном взаимоотношении потребностей и мотивов, признание иерархического построения мотивов.

Усложнение мотивов, их опосредствование и иерархическое построение начинается у ребенка уже в дошкольном возрасте и продолжается в течение всей его жизни (Л. И. Божович). С возрастом мотивы теряют свой непосредственный характер и начинают опосредоваться сознательно поставленной целью — происходит подчинение одних мотивов другим. Деятельность человека отвечает всегда не одной, а нескольким потребностям и соответственно побуждается несколькими мотивами. Однако в конкретной человеческой деятельности всегда можно выделить *ведущий мотив*, который и придает поведению определенный смысл.

Наличие ведущего мотива не устраняет необходимости мотивов дополнительных, непосредственно стимулирующих поведение; однако без ведущих мотивов содержание деятельности лишается личностного смысла. Именно ведущий мотив обеспечивает возможность опосредования и иерархии мотивов. Иерархия мотивов является относительно устойчивой и этим обусловливает относительную устойчивость всей личности, ее интересов, позиций и ценностей.

Клинический материал позволяет проследить закономерности изменения мотивационной сферы человека, которые приводят к смене позиций, интересов, ценностей личности. Такие закономерности можно обнаружить у больных психическими заболеваниями, при которых процесс нарушения мотивов, установок и ценностей происходит достаточно развернуто.

Наиболее ярко подобные нарушения личности проявляются при хроническом алкоголизме. Б. С. Братусем было проведено исследование мотивационной сферы данной категории больных. В нем использовались разработанный Б. В. Зейгарник метод психологического анализа данных истории болезни в сочетании с экспериментально-психологическим исследованием. В ходе этого исследования были проанализированы факты, касающиеся нарушения иерархии мотивов и формирования новой патологической потребности.

Анализ истории болезни больных алкоголизмом отчетливо отражает выраженные изменения их личности. У таких больных отмечается снижение личности, вплоть до полной ее деградации. Причем это снижение идет в первую очередь по линии изменений в сфере потребностей и мотивов, разрушения преморбидных установок, сужения круга интересов. При этом в психологическом эксперименте у них не обнаруживаются грубые изменения познавательной деятельности (уровня обобщений, например) и системы знаний. Их недостаточность проявлялась при выполнении заданий, требующих умственных усилий, длительной концентрации внимания, быстрой ориентировки в новом материале. Отмечалась также недостаточная целенаправленность суждений, некритичность, завышенная самооценка, лабильность уровня притязаний.

Анализ историй болезни больных алкоголизмом позволил проследить процесс и выявить механизм *формирования новой патологической потребности* — потребности в алкоголе. Принятие алкоголя не относится к числу естественных потребностей, поэтому изначально алкоголь не обладает самостоятельной побудительной силой. На первых порах принятие алкоголя выполняет роль средства для реализации других мотивов (приятно отдохнуть, снять напряжение).

Постепенно, по мере формирования психологической (а затем и физиологической) зависимости, у человека появляется и закрепляется желание вновь и вновь испытать приятные ощущения, связанные с принятием алкоголя. Теперь человека начинают привлекать не сами по себе события, бывшие для него значимыми (встреча друзей, торжество), а возможность употребления алкоголя. Т. е. если вначале человек пил, чтобы облегчить установление контактов с другими людьми (например, в незнакомой компании), то теперь он общается даже с незнакомыми в надежде выпить. Таким образом, алкоголь для него становится самостоятельным мотивом поведения.

Происходит то, что А. Н. Леонтьев называл «сдвигом мотива на цель», формируется новый мотив, побуждающий к новой деятельности, а следовательно, и новая потребность (в алкоголе). Так как принятие алкоголя становится целью деятельности больного, то потребность в алкоголе осознается, приобретает определенный личностный смысл. Как следствие приобретения новой потребности (в данном случае патологической, противоречащей общественным интересам) происходят изменения строения его личности: изменяются ее интересы, переживания и стремления.

При алкоголизме у больных меняется не только содержание потребностей и мотивов, но и их структура. Мотивы становятся все менее опосредованными. Как отмечала Л. И. Божович, потребности различаются по своему строению: одни из них имеют прямой, непосредственный характер, другие — опосредованы осознаваемой целью. Только в том случае, если потребность осознается, человек может ею управлять. У больных алкоголизмом потребности имеют непосредственный характер, поэтому они неуправляемы — они приобретают строение влечений.

Известно, что чем более опосредован характер потребностей и мотивов, тем отчетливее проявляется их соподчинение, иерархическая связь. Так как у больных ведущим, смыслообразующим мотивом становится употребление алкоголя, потребность в котором носит непосредственный характер, то с развитием алкоголизма у них все больше разрушается прежняя иерархия мотивов. По мере того как алкоголь занимает доминирующие позиции, становится смыслом жизни, прежние установки, интересы отходят на задний план. Работа, семья перестают быть для больного значимыми, рассматриваются только как источник добывания денег на выпивку или тормоз в удовлетворении доминирующей потребности в алкоголе.

Б. С. Братусь указывал, что постепенное нарушение прежней, до болезни сложившейся иерархии потребностей, мотивов и ценностей и формирование взамен ее новой иерархии является центральным пунктом личностной деградации при хроническом алкоголизме. Отходят на задний план и разрушаются высшие потребности и установки личности, сужается круг интересов, больные становятся уплощенными, инактивными, теряются их прежние социальные связи с миром.

Изменение иерархии и опосредованности мотивов означает утерю сложной организации деятельности человека, которая теряет специфически человеческую характеристику: из опосредованной она становится импульсивной.

Изменения мотивационной сферы больных обнаруживаются и в экспериментально-психологическом исследовании. Б. В. Зейгарник и Б. С. Братусем было проведено исследование двух групп больных с энцефалопатией. В первую группу вошли больные с алкогольной энцефалопатией, а во вторую — с травматической. Экспериментально было выявлено сходство изменений познавательной деятельности. Основные различия обнаружились в личностном отношении больных к выполняемой работе.

Больные второй группы (с последствиями травмы) проявляли интерес к работе, адекватно реагировали на замечания экспериментатора. Хотя у них отмечались обусловленные травмой аффективные изменения (больные стали более раздражительными, вспыльчивыми), у них не обнаружились грубые изменения личности. У них сохранились адекватная самооценка и уровень притязаний.

Больные алкоголизмом, наоборот, были равнодушны к исследованию и некритичны к своим ошибкам. Порой их поведение напоминало поведение лобных больных, однако некритичность больных алкоголизмом отличается от некритичности при лобных синдромах. Если некритичность лобных больных сочетается с беззаботностью и аспонтанностью, то у больных алкоголизмом неадекватное отношение к ошибкам сочетается с завышенной самооценкой, некритичным переоцениванием своих возможностей и активностью в отстаивании своей правоты.

Аналогичные изменения потребностей и мотивов обнаруживаются и при других заболеваниях. Так, в исследовании больных-невротиков с синдромом нервной анорексии, проведенном М. А. Каревой, были выявлены сходные механизмы формирования квазипотребности и изменения структуры мотивов.

У девушек, больных нервной анорексией (угнетение пищевого инстинкта), возникают аффективные переживания вследствие несоответствия «идеала красоты» с собственной

внешностью. Переживания приводят к применению изнурительной диеты. Мотив к похуданию первоначально не носит патологического характера. Голодание является лишь действием для осуществления некой духовной ценностной ориентации — «быть красивой», «обладать красивой фигурой». Однако в дальнейшем эти действия по похуданию вступают в противоречие с органической природной потребностью в пище. При этом антивитальные действия не только не прекращаются, но сами преобразовываются в мотив (таким образом, происходит сдвиг мотива на цель). Этот мотив становится доминирующим и смыслообразующим в иерархии мотивов. Учеба, которой девушка отдавала много сил, отходит на задний план, уступая место деятельности по похуданию. В процессе развития заболевания происходит превращение социальной потребности в патологическое влечение.

Таким образом, анализ изменений опосредованности и иерархии мотивов, формирования новых (патологических) потребностей показывает, что они не являются непосредственными проявлениями нарушения мозга, а формируются согласно механизмам, во многом общим с механизмами нормального развития мотивационной сферы личности.

3.5.2. Нарушение смыслообразования.

Патология мотивационной сферы может проявляться не только в изменении опосредованности и иерархии мотивов, но и в нарушениях взаимоотношения их смыслообразующей и побудительной функций. Как известно, еще А. Н. Леонтьев, выделив эти две функции мотивов, различал мотивы знаемые и действенные. Уже дети младшего школьного возраста осознают мотивы, ради которых они должны совершить действие. Однако часто эти мотивы остаются лишь *знаемыми* и не *побуждают к действию* (Л. И. Божович). Ребенок может знать, что для овладения будущей профессией надо хорошо учиться, но, несмотря на это понимание, мотив к учению не имеет достаточной побудительной силы и приходится подключать какие-то дополнительные мотивы.

При определенных условиях знаемые мотивы могут перейти в непосредственно действующие. Этот переход знаемых мотивов в побуждение связан с формированием мировоззрения подростка. В своих вершинных формах мотивы основываются на осознании человеком своих моральных обязанностей, задач, которые ставит перед ним общественная жизнь. Слияние обеих функций мотива — *побуждающей и смыслообразующей* — придает деятельности человека характер сознательно регулируемой. Ослабление и искажение этих функций приводят к нарушениям деятельности.

Нарушение взаимодействия побудительной и смыслообразующей функций мотива может проявляться в двух вариантах.

1. В одних случаях *ослабляется смыслообразующая функция мотива* и мотив превращается в только знаемый, не обладающий достаточной побудительной силой. Например, больной, зная, что к близким надо хорошо относиться, оскорбляет или даже избивает мать.

2. В других случаях отмечается *сужение круга смысловых образований*. Мотив, сохраняя до известной степени побудительную силу, придает смысл относительно меньшему кругу явлений, чем до заболевания. В результате многое из того, что ранее имело для больного личностный смысл (учеба, работа, семья, дружеские отношения и т. п.), постепенно теряет его. Вся активность личности направляется на реализацию (не обязательно действенную, чаще идеальную) этого, приобретшего сверхценный смысл мотива. Например, человек все помыслы и силы тратит на «облагодетельствование» всего человечества, не обращая внимания на бедственное положение своей семьи. Близкой по содержанию к этому нарушению является *парадоксальная стабилизация какого-нибудь круга смысловых образований*. Например, больной годами отказывался получать зарплату, так как «пренебрегал земными благами».

Подобные нарушения мотивов деятельности обнаруживаются и в экспериментально-психологическом исследовании. Для исследования нарушения смыслообразования у больных шизофренией была разработана специальная методика (исследование М. М. Коченова), заключающаяся в том, что испытуемые сами должны были отобрать три из предложенных девяти заданий, чтобы уложиться в отведенный лимит времени. Т. е. испытуемые должны были самостоятельно выбрать именно те действия, которые наиболее целесообразны для достижения основной цели. Для этого в сознании; испытуемых должна сложиться смысловая иерархия действий, способствующих достижению цели.

У здоровых испытуемых при выполнении данного задания всегда присутствовал ориентировочный этап, заключавшийся в активном поиске наиболее целесообразных действий. Испытуемые при выборе заданий руководствовались оценкой их сложности, стараясь выбирать те, на которые надо потратить меньше времени. Все здоровые испытуемые отмечали, что стремились уложиться в отведенное время.

По-другому выполняли задание больные шизофренией. У них отсутствовал ориентировочный этап, они не выбирали выигрышных заданий, часто брались за задания, явно невыполнимые в отведенный лимит времени. При этом все больные знали о необходимости уложиться в определенное время. Но это знание не служило регулятором их поведения. Таким образом, экспериментально было доказано, что нарушение деятельности больных шизофренией определялось изменением мотивационной сферы. Становясь просто «знаемым», мотив терял как свою смыслообразующую, так и побудительную функцию.

Таким образом, смещение смыслообразующей функции мотивов, выявляемое как при анализе анамнестических сведений, так и в патопсихологическом эксперименте, отщепление действенной функции от знаемой нарушает деятельность больных и является причиной деградации их поведения и личности.

3.5.3. Нарушение подконтрольности поведения.

Одним из наиболее ярких проявлений нарушений личности является нарушение подконтрольности, критичности поведения. Нарушение критичности может приобрести разные формы и выступать в структуре различных процессов: мышления, восприятия. Оно может выразиться в неправильной оценке своей личности, собственных действий, проявиться в некритичности к своим психопатическим переживаниям. Критичность образует «вершину личностных качеств человека» (И. И. Кожуховская). Какие бы формы некритичность ни принимала, она означает нарушение деятельности в целом. С. Я. Рубинштейн отмечает, что у больных с поражением лобных долей мозга в силу отсутствия стойкого отношения к продукту своей деятельности не возникает критического отношения к себе, отсутствует коррекция внутренних действий, не формируются профессиональные навыки. Если у больных детей нет стойкой и осознанной мотивации, нарушается целенаправленность их действий и суждений.

Нарушение критичности может быть тесно связано с нарушением регуляции деятельности. Например, больной способен выполнить экспериментальное задание, требующее от него обобщения (классификацию на знакомом материале он выполняет), но навык выполнения задания остается неустойчивым, легко нарушается и заменяется актуализацией случайных ассоциаций. Нарушение произвольности, невозможность управления своими действиями обнаруживаются у больных при любом обследовании. Бездумное поведение больных при проведении эксперимента или в трудовой ситуации, отсутствие отношения к своей работе указывают на то, что действия испытуемых не подчинены личностным целям и не регулируются ими.

Нередко нарушения критичности сочетаются с тенденцией к *персеверациям* (непроизвольные, назойливо повторяющиеся действия или движения). Выполнив какой-нибудь компонент сложного движения, больные не могут переключиться на другой компонент. А. Р. Лурия считал, что «влияние инертных действий, вызванных предшествующей инструкцией, является настолько сильным, что правильное выполнение задания заменяется фрагментами прежних действий». Например, больной, проводя пальцем по ходу реки на географической карте, продолжал это делать до тех пор, пока на карте не образовывалась дырка; начав чертить круг, он совершал круговые движения, пока его не останавливали, и т. д. Персеверации могут проявляться и на речевом, и на интеллектуальном уровне, например, в виде повторов слогов. Больному предлагается написать: «Сегодня хорошая погода». Вместо этого он пишет: «Сегого гохоророшая я погодада». Персеверации также проявляются в повторах одних и тех же вопросов или небольших фраз. К примеру, девочка-подросток, страдающая эпилепсией, при знакомстве всегда повторяла один и тот же вопрос: «Какого цвета дом, в котором вы живете?»

У больных с поражением лобных долей часто встречается ситуационное поведение. В качестве признаков такого поведения выступают *внушаемость* и *подчиняемость*. В некоторых случаях эти характеристики могут принимать гротескный характер.

Ситуационное поведение и персеверативная тенденция являются феноменами, противоречащими друг другу, так как в основе персеверации лежит механизм инертности, а ситуационное поведение содержит в себе тенденцию к чрезмерно быстрой смене реакций. Однако это противоречие является чисто внешним. Оба эти явления являются индикаторами того, что деятельность больного лишена смысловой характеристики и замещается действиями, за которыми не стоит смыслообразующий мотив.

Утеря возможности оценивать себя и других разрушает самым гротескным образом деятельность больных. Она является индикатором их глубокого личностного нарушения.

3.5.4. Формирование патологических черт личности.

В исследованиях патопсихологов (Г. В. Биренбаум, Б. В. Зейгарник, Н. К. Калиты и др.) на примере больных эпилепсией был проанализирован процесс формирования аномальных черт их

характера. На клиническом и экспериментально-психологическом материале было убедительно доказано, что многие личностные черты эпилептиков не являются прямыми следствиями нарушения деятельности мозга при этом заболевании, а формируются прижизненно.

Клиническая картина эпилепсии включает в себя, помимо нарушений познавательной деятельности, весьма характерные изменения личности, которые включают в себя сочетание брутальности (наличие аффективных, дисфорических расстройств со склонностью к агрессии, пренебрежению социальными нормами), угодливости и педантичности. Клиницисты обычно связывают эти особенности личности с самой болезнью, припадками.

Психологи, рассматривая развитие личности как прижизненный, социально обусловленный процесс, показывают, что ребенок, у которого вследствие болезни появлялись припадки, оказывается в особой социальной ситуации развития, отличной от социальной ситуации здоровых детей. Из-за объективных трудностей в учебной деятельности, проблем с общением у них складываются особые, зачастую негативные, отношения с другими детьми, учителями. Рефлексируя свою неполноценность, такой больной ребенок пытается скомпенсировать ее, вызвать хорошее отношение к себе со стороны сверстников и взрослых не всегда удачными, но доступными ему способами: угодливостью, приспособлением к чужим требованиям. Из-за инертности, являющейся одним из ключевых симптомов заболевания, эти способы фиксируются, становятся типичной формой поведения, а затем и чертой личности.

Аналогичный путь развития проходит и другая характерная черта личности эпилептика — его педантичность и сверхаккуратность. На начальных стадиях болезни эти качества также проявляются как способы компенсации первичных дефектов (выраженных нарушений мнестических функций, тугоподвижности мышления, ригидности).

Экспериментально было показано, что больные эпилепсией могут правильно выполнить экспериментальное задание только при помощи тщательного, последовательного выполнения всех его элементов. Тщательность выполнения отдельных звеньев задания требует от больного в ходе развития заболевания все больше внимания и постепенно становится главным моментом в его работе. Таким образом, происходит перенесение мотива из широкой деятельности на исполнение вспомогательного действия. Для больных эпилепсией смысл работы смещается с достижения конечного результата деятельности на тщательное, пунктуальное выполнение отдельных операций.

Таким образом, формирование патологических черт характера при эпилепсии можно объяснить неудачной компенсацией обусловленных самой болезнью первичных дефектов. Вследствие нарастания инертности способы компенсации у таких больных не становятся свернутыми и автоматизированными, не приобретают характер навыка. Наоборот, больные «застревают» на стадии сознательного контроля за исполнением вспомогательных действий, и мотив из широкой деятельности все более смещается на выполнение узкой. В связи с этим изменяется и смысл деятельности. Приобретает смысл исполнение отдельных операций (в норме выполняющих роль технических средств), а сама сложная опосредованная деятельность перестает быть главной.

При этом первично присущая эпилептику аффективность насыщает этот неадекватный смысл, делая его активным отношением. Поэтому больные не терпят даже малейшего нарушения порядка, очень остро реагируют на внешнее вмешательство в заведенные ими правила.

Таким образом, в ходе болезни выработанные больными способы поведения становятся не просто проявлениями неудачной компенсации, а превращаются в привычные действия, в определенные отношения к миру, т. е. становятся определенными чертами характера.

Контрольные вопросы

1. Что является основным механизмом формирования агнозий?

2. В чем проявляется нарушение мотивационного компонента перцептивной деятельности?

3. Какие психологические механизмы лежат в основе формирования галлюцинаций?

4. Какова сущность корсаковского синдрома, и какой процесс памяти при нем нарушается?

5. Какой методический прием помогает экспериментально выявлять нарушения опосредованной памяти?

6. В чем проявляется нарушение динамической стороны памяти?

7. Что такое «эффект Зейгарник», и как он проявляется у психически больных людей?

8. Какие стороны нарушения мышления выделяют в патопсихологии?

9. В чем сущность явлений снижения и искажения процесса обобщения?

10. В чем проявляется нарушение критичности мышления?

11. К нарушению какой стороны мыслительной деятельности относится явление резонерства и почему?

12. В чем проявляются нарушения умственной работоспособности при психических расстройствах?

13. Какой признак помогает дифференцировать проявления утомления от проявлений пресыщения психической деятельности?

14. Чем с позиций деятельностного подхода объясняются изменения личности больных хроническим алкоголизмом?

15. Какие механизмы лежат в основе формирования патологических черт характера у психически больных людей (на примере эпилепсии)?

Использованная литература

1. *Астапов В. М.* Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. — М.: Международная педагогическая академия, 1994.

2. *Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н.* Практическая патопсихология. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1996.

3. *Гиндикин В. Я.* Лексикон малой психиатрии. — М.: Крон-пресс, 1997.

4. *Дефектологический* словарь. — М.: «Педагогика», 1970.

5. *Зейгарник Б. В.* Основы патопсихологии. — М.: Изд. МГУ, 1973.

6. *Зейгарник Б. В.* Патопсихология. — М.: Academia, 1999.

7. *Зейгарник Б. В., Братусь Б. С.* Очерки по психологии аномального развития личности. — М.: Изд. МГУ, 1980.

8. *Ковалев В. В.* Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. — М.: «Медицина», 1985.

9. *Краткий* психологический словарь / Под ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. М.: Издательство политической литературы, 1985.

10. *Лебединский В. В.* Нарушения психического развития у детей . — М.: Изд. МГУ, 1985.

11. *Левченко И. Ю.* Патопсихология: теория и практика. — М., AcademiA, 2000.

12. *Менделевич В. Д.* Клиническая медицинская психология — М.: «МЕДпресс», 1998.

13. *Немов Р. С.* Психология. Т. 1. — М.: «Просвещение», 1994.

14. *Общая* психология / Под ред. А. О. Бухановского. — Ростов-на-Дону: «Феникс», 1998.

15. *Патопсихология*. Хрестоматия. Сост. Н. Л. Белопольская. М.: «Когито-Центр», 2000.

16. *Практикум* по патопсихологии / Под ред. Б. В. Зейгарник, В. В. Николаевой, В. В. Лебединского. — М.: Изд. МГУ, 1987.

17. *Практическая* психология образования / Под ред. И. В. Дубровиной. — М., 1997.

18. *Рубинштейн С. Я.* Экспериментальные методики патопсихологии. — М., Апрель-Пресс, 1999.

19. *Селецкий А. И.* Психопатология детского возраста. — М.: «Просвещение», 1986.

20. *Столяренко Л. Д.* Основы психологии. — Ростов-на-Дону: «Логос», 1995.

21. *Худик В. А.* Детская патопсихология. — Киев, Здоров'я, 1997.

22. *Худик В. А.* Диагностика детского развития: методы исследования. — Киев: Освiта, 1992.